

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: tecnologia e
humanização dos cuidados

Manuel Joaquim Domingues Rodrigues

Lisboa
2019

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: tecnologia e
humanização dos cuidados


Manuel Joaquim Domingues Rodrigues

Orientador: Professora Cândida Durão

Co-Orientador: Prof Mónica Bento

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Pensamento

“O futuro da humanidade dependerá da nossa capacidade de nos adaptarmos e trabalharmos com a tecnologia, e o caminho para esse objetivo é a aprendizagem ao longo da vida.”

Thomas Friedman

Agradecimentos

À Paula, pelo amor, paciência, compreensão, e motivação em TODOS os momentos.

À Professora Maria Cândida Durão e à Professora Mónica Bento, pela disponibilidade, paciência, exigência, contribuição, profissionalismo e orientação neste trabalho.

Lista de Siglas

APA – American Psychological Association

EC – Ensino Clínico

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SO – Sala de Observações

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

O ambiente tecnológico faz parte integrante de todos os contextos de prática à Pessoa em Situação Crítica, encontrando-se presente em todas as dimensões dos cuidados, avaliação, monitorização e tratamento. O uso e valorização da tecnologia tem gerado debates sobre o equilíbrio da mesma com outros aspetos do cuidar, existindo preocupações que esta possa desumanizar os cuidados à pessoa. Assim, é importante que os enfermeiros utilizem a tecnologia em benefício da pessoa alvo de cuidados. Como linha orientadora do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, defini a temática “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: tecnologia e humanização dos cuidados”, para o alcance dos objetivos estipulados para o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, os pressupostos dos descritores de Dublin – 2º ciclo de estudos e as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O presente relatório pretende descrever e analisar o percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, de forma crítica e reflexiva, o qual decorreu em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos. Destaco deste percurso o desenvolvimento de competências no domínio da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, e o desenvolvimento e consolidação de competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, e da responsabilidade profissional, ética e legal, no respeito pela individualidade da pessoa, pelas suas crenças e valores, onde, as inquietações e reflexões foram estratégias utilizadas para manter o foco da minha prática na humanização dos cuidados de enfermagem.

O foco dos cuidados de enfermagem deve ser sempre a pessoa, e a competência tecnológica uma qualidade desejável na prestação de cuidados centrados na pessoa.

Palavras-Chave: Cuidar, Tecnologia, Humanização

ABSTRACT

The technological environment is an integral part of all contexts of practice for the critically Situated Person, being present in all dimensions of care, evaluation, monitoring and treatment. The use and valorization of technology has generated debates about its balance with other aspects of care, and there are concerns that it may dehumanize care to the person. Thus, it is important for nurses to use technology for the benefit of the target person. As a guideline of the path of acquisition and development of competences, I defined the theme "Caring for the Person in a Critical Situation: technology and humanization of care", in order to achieve the objectives set for the Master's Degree Course in Nursing in the area of Specialization of Care Critical Situation, the assumptions of the Dublin descriptors – 2nd cycle of studies and the competences defined by the Order of Nurses.

This report aims to describe and analyze the path of development of specialized nursing skills, critically and reflexively, which took place in the context of Emergency Service and Intensive Care Unit. I highlight from this path the development of competences in the field of boosting response in emergency, exception and disaster situations, and the development and consolidation of competences in maximizing intervention in the prevention and control of infection and resistance to antimicrobials, and professional responsibility, ethical and legal, respecting the individuality of the person, their beliefs and values, where concerns and reflections were strategies used to maintain the focus of my practice in the humanization of nursing care.

The focus of nursing care should always be the person, and technological competence a desirable quality in providing person-centered care.

Keywords: Caring, Technology, Humanization

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1. TECNOLOGIA COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO À PSC..... | 20 |
| 1.1. Cuidar da PSC | 20 |
| 1.2. Tecnologia e humanização dos cuidados à PSC..... | 22 |
| 2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 30 |
| 2.1. Cuidar da PSC em contexto de Serviço de Urgência | 30 |
| 2.2. Cuidar da PSC em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos..... | 46 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 58 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3.º Semestre do 8.º CMEEPSC

Apêndice II – Objetivos Específicos e Atividades para Estágio em contexto de SU

Apêndice III - Objetivos Específicos e Atividades para Estágio em contexto de UCI

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Aqui pretendo descrever de forma retrospectiva, crítica e reflexiva, o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado ao longo de 17 semanas, em Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tendo como objetivo último a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Este percurso foi precedido de planeamento através da elaboração de um documento designado projeto de estágio, no decurso do 2.º semestre, no qual foram definidos os objetivos, atividades e estratégias, que possibilitassem atingir os objetivos definidos para o mestrado (ESEL, 2010), bem como o preconizado nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos (ANQEP & DGES, 2013). O projeto pretendeu ainda, definir o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019), bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Como linha orientadora do percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, defini como temática “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: tecnologia e humanização dos cuidados”, de forma a desenvolver competências de enfermagem especializados na PSC, com base no modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem que aponta para a importância da experiência prática na área de habilidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva, visando a qualidade dos cuidados (Benner, 2005).

Ao longo do meu percurso profissional exerci funções em diferentes contextos, com recurso a diferentes níveis de tecnologia, sendo que o exercício profissional numa clínica de hemodiálise e em bloco operatório de oftalmologia, onde o ambiente de cuidados era altamente tecnológico, possibilitaram-me a integração

da tecnologia na prestação de cuidados de enfermagem, o que se traduziu em ganhos na segurança e qualidade dos cuidados. Hoje, ao exercer funções no âmbito da gestão da formação, verifico que o ambiente tecnológico faz parte da maioria das formações, principalmente as que visam o desenvolvimento de competências para atendimento à PSC. Sendo a tecnologia um meio para atingir um fim, envolvendo atividade humana, não se resumindo apenas e só ao próprio equipamento, mas incluindo o conhecimento de como o usar e potenciar no cuidado de enfermagem, a reflexão sobre a prática, enquanto profissional e pessoa, permite-me verificar que existe espaço e a necessidade do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, com recurso à tecnologia como instrumento do cuidar à PSC.

Encontrando-se a tecnologia presente em todas as dimensões dos cuidados à PSC, avaliação, monitorização e tratamento (Funk, 2011), dominando assim o ambiente de cuidados, e influenciando os resultados em saúde, é importante que os enfermeiros a utilizem em benefício da pessoa alvo de cuidados (Locsin, 2013). A relação entre a tecnologia e enfermeiros possibilita um conhecimento da pessoa, de forma mais completa, como participante ativo nos seus cuidados, e não como objeto do cuidado (Locsin, 2013). A competência tecnológica como cuidado na enfermagem é a demonstração qualificada de atividades intencionais, deliberadas e autênticas, por enfermeiros que praticam em ambiente que exige conhecimentos tecnológicos (Locsin, 2013), e é entendida e valorizada pelos enfermeiros como expressão do cuidado na enfermagem (Locsin, 2005).

A tecnologia evolui mais rápido do que a capacidade de adaptação humana (Friedman, 2017), e o ambiente de cuidados muda constantemente com a integração de novas tecnologias. A prática de enfermagem à PSC é desafiadora em termos intelectuais e emocionais, exigindo julgamentos rápidos e respostas a situações de risco de vida em que existe pouca margem de erro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Aos enfermeiros é exigida uma aprendizagem contínua, e o desenvolvimento de competências específicas que lhe permitam acompanhar a evolução tecnológica, e o potenciar da mesma na prestação de cuidados. Lakanmaa, Suominen, Perttilä, Puukka, e Leino-Kilpi (2012) identificam na aquisição de competências dos enfermeiros, cinco grandes domínios: pessoal, de conhecimento, das habilidades, da experiência, atitudes e valores.

O uso e valorização da tecnologia tem gerado ao longo dos anos um debate sobre o equilíbrio desta com os outros aspetos do cuidar, sendo esta inquietação mais significativa na prática em UCI, existindo a preocupação que esta possa desumanizar os cuidados à pessoa (Price, 2013). A tecnologia por si só pode ser um fator que humaniza, mesmo nas situações de cuidados tecnologicamente mais intensas (Martins & Sasso, 2008), desde que visualizada como algo que premeia o humano em momentos singulares e críticos (Kotz, Frizon, Silva, Toniollo, & Ascari, 2014).

Contudo, é preciso considerar o uso adequado das tecnologias, afim de não tornar a relação entre o profissional e a pessoa, centrada apenas em procedimentos, normas e prescrições, surgindo a necessidade de compreender a tecnologia como uma ferramenta e como ações de trabalho que possibilitam uma ação transformadora do cuidado humano (Moura, Brito, Sousa, & Ramos, 2014). Os desenvolvimentos e inovações tecnológicas favorecem o aperfeiçoamento dos cuidados, porém não podemos esquecer que é o cuidado que utiliza a tecnologia e quando há tal compreensão apontamos em direção a um cuidado de enfermagem mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado (Silva & Louro, 2010).

A integração da tecnologia nos cuidados de enfermagem à PSC é uma necessidade, pois permite cuidados de saúde de qualidade e aumenta a segurança ao sistematizar funções simples e complexas, não substituindo os enfermeiros, sendo que o seu valor depende da forma como é usada e se ajuda ou dificulta o cuidado (Cipriano & Hamer, 2014). A título de exemplo, os equipamentos tecnológicos existentes atualmente, permitem a implementação de uma técnica de substituição da função renal à PSC com qualidade e em segurança. No entanto, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa no decurso da realização da técnica, só são possíveis de prestar com qualidade e segurança, desde que o enfermeiro possua competências técnico-científicas que lhe permitam a análise, interpretação e tomada de decisão, com base no conhecimento objetivo obtido através do equipamento, e do conhecimento objetivo e subjetivo que possui da pessoa. O uso

da tecnologia como instrumento do cuidar da PSC, assume assim especial relevância no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, contribuindo para a humanização dos cuidados de enfermagem à pessoa e família.

Para a composição do suporte conceptual deste relatório realizei uma pesquisa estruturada, seguindo o modelo de protocolo de revisão integrativa da literatura, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e COCHRANE, complementada com literatura proveniente de pesquisa livre em fontes com relevância científica. O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, transversal ao estágio em contexto de SU e UCI, teve como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, com recurso à tecnologia como instrumento do cuidar à PSC. Como guia orientador para a prática de cuidados de enfermagem, recorri à teoria de médio alcance de Locsin (2005) “Technological Competency as Caring in Nursing”. Esta teoria é fundamentada na teoria Nursing as Caring de Boykin e Schoenhofer, e traduz-se na prática de enfermagem alicerçada na convivência harmoniosa entre a tecnologia e o cuidado de enfermagem.

Assim, tendo em consideração o objetivo geral definido para o percurso de desenvolvimento de competências, foram definidos os seguintes objetivos específicos para os estágios em SU e UCI:

- Prestar cuidados de enfermagem à PSC, com recurso à tecnologia;
- Prestar cuidados de enfermagem à família/pessoa significativa da pessoa alvo de cuidados;
- Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem à PSC e família;
- Refletir sobre a minha prática profissional.

Este relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro aborda a tecnologia como instrumento do cuidado à PSC, e o segundo o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nos contextos de estágio. Seguem-se as considerações finais, as referências bibliográficas e, por último, os apêndices e anexos. Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da ESEL

(Godinho, 2018), e a referência bibliográfica conforme a norma da American Psychological Association (APA) 6th Edition.

1. TECNOLOGIA COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO À PSC

Sendo a temática deste relatório o cuidar a PSC, tecnologia e humanização dos cuidados, neste capítulo irei decrescer os conceitos relevantes para o desenvolvimento de competências ao longo do período de estágio. Este capítulo encontra-se estruturado em dois pontos: o primeiro aborda os conceitos de cuidar e de PSC, e o segundo ponto aborda as concepções de tecnologia e humanização dos cuidados, numa perspectiva de harmonização entre ambos nos cuidados à PSC.

1.1. Cuidar da PSC

Ao longo do tempo, o cuidado, e todos os conceitos inerentes ao mesmo, orientaram a prática clínica dos enfermeiros, mesmo antes de fazerem parte do corpo das teorias de enfermagem (Souza, Muniz Filha, Silva, Monteiro, & Fialho, 2006). O termo cuidado é muito abrangente e encerra todas as dimensões do indivíduo, sendo que no seu contexto mais amplo, promove no ser cuidado respeito na sua individualidade e na pessoa que cuida, a sensação de responsabilidade pelo outro (Souza et al., 2006). Os cuidados de enfermagem são baseados em relacionamentos interpessoais e incluem tudo o que os enfermeiros, dentro das suas competências, precisam para cuidar das pessoas alvo dos mesmos (Hesbeen, 2000).

Cuidar é uma arte, a arte daquele que consegue articular elementos de conhecimento, destreza, saber ser e intuição e que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação particular (Hesbeen, 2000). Os enfermeiros desenvolvem intervenções “*com*” e “*para*” a pessoa, baseadas no conhecimento científico, na capacidade, no pensamento crítico e na criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar com o objetivo de promover, manter e/ou recuperar o bem-estar da pessoa, a quem prestam cuidados (Hesbeen, 2000). Na perspectiva de Collière (1999) cuidar é em primeiro lugar um ato de vida, no sentido em que representa uma diversidade infinita de atividades que visam manter e sustentar a vida, permitindo continuar e reproduzir. Boykin e Schoenhofer (2013) identificam o cuidar como a expressão da enfermagem, sendo este a presença

intencional e autêntica do enfermeiro com outro, que é reconhecido como pessoa que vive cuidando e crescendo no cuidar.

A prática de enfermagem à PSC é desafiadora em termos intelectuais e emocionais, exigindo julgamentos rápidos e respostas a situações de risco de vida em que existe pouca margem de erro (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). A PSC é aquela que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, se encontra incapaz de manter de forma independente a estabilidade fisiológica ou apresenta risco elevado de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica, dependendo a sua sobrevivência de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2001; SPCI & OM, 2008; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Quando se fala em cuidados à PSC ou mais concretamente em cuidados críticos, a primeira impressão é pensar que se trata de um conceito moderno, o que não corresponde à realidade. Olhando o passado podemos certificar que Florence Nightingale, na década de 1850, deu um passo revolucionário para o cuidado crítico moderno, separando soldados feridos, tendo em consideração a gravidade dos seus ferimentos. Esta separação permitiu-lhe reconhecer a importância da frequência e intensidade de monitorização dos soldados feridos com maior gravidade, como uma componente essencial dos cuidados críticos (Marsh, 2009).

A enfermagem em cuidados críticos, sofreu nas últimas décadas uma evolução considerável, influenciada pelos progressos verificados na área da medicina, pelo desenvolvimento tecnológico, evolução dos sistemas de saúde, complexidade crescente dos cuidados, e também pela constante evolução nos padrões de exigência da pessoa alvo de cuidados.

Os cuidados de enfermagem especializados na PSC são cuidados altamente qualificados e prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O exercício profissional de enfermagem em cuidados intensivos e críticos exige a aquisição de competências em cinco grandes domínios: base de conhecimento, base de

habilidades, atitude e base de valor, base de experiência de enfermagem e base pessoal do enfermeiro (Lakanmaa, Suominen, Perttilä, Puukka, & Leino-Kilpi, 2012). O conceito de competência em cuidados intensivos é multidimensional, e a necessidade de análise do conceito e descrições mais abrangentes de competência em enfermagem de cuidados intensivos são necessárias (Ääri, Tarja, & Helena, 2008; Lakanmaa et al., 2012). Por outro lado, na enfermagem de emergência deve-se procurar robustez na adesão à advocacia da pessoa alvo de cuidados, no significado da missão, na colaboração com os outros profissionais de saúde e definição de metas comuns, e no desenvolvimento e reconhecimento do seu papel emergente no próprio sistema de saúde (Schriver, Talmadge, Chuong, & Hedges, 2003).

1.2. Tecnologia e humanização dos cuidados à PSC

A revolução industrial proporcionou a modernização e o avanço tecnológico, mas também a valorização da ciência em detrimento do homem e dos seus valores (Barra, Justina, Bernardes, Vespoli, Rebouças, & Cadete, 2005). Nas últimas décadas o avanço tecnológico foi mais significativo, e a tecnologia evoluiu mais rápido do que a capacidade de adaptação humana (Friedman, 2017). A área da saúde não foi exceção, com a introdução de novas tecnologias, de uma forma mais efetiva e incrementada até à atualidade, sendo transversal em todos os contextos de prática; faz parte integrante do ambiente de cuidados e, como nos diz Funk (2011) está presente em todas as dimensões dos cuidados críticos: avaliação, monitorização e tratamento. Apesar do constante e determinante uso das tecnologias, o seu conceito tem sido utilizado de forma imprecisa, pois é associado muitas vezes na prática diária à máquina ou ao produto. Assim, é importante destacar que as tecnologias não devem ser vistas sob um olhar reducionista associado somente a equipamentos (Pereira, Pinto, Tourinho, & Santos, 2013).

Marques e Souza (2010) analisam a problemática da tecnologia nos cuidados de enfermagem, utilizando a classificação da mesma em três tipos: tecnologia dura (equipamentos do tipo máquina, instrumental, normas, rotinas e estruturas organizacionais), tecnologia leve-dura (saberes estruturados, como fisiologia,

anatomia, psicologia, clínica médica), e tecnologia leve (implicadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos). Por outro lado Locsin (2017) classifica a tecnologia em: Tecnologia como complemento de seres humanos (próteses, *pacemakers*,...), Tecnologia como instrumentos e dispositivos que facilitam o cuidado humano de pessoas (sistemas cirúrgicos, esponjas, fórceps,...) e Tecnologia que imita os seres humanos (robôs com inteligência artificial). Para além da classificação, a literatura exhibe diferentes conceitos de tecnologia em enfermagem, existindo descrições de tecnologia como técnicas, equipamentos e procedimentos (Locsin, 1995). Uma mesma tecnologia pode ainda assumir diferentes significados quando aplicada por diferentes profissionais, em tempo diferente e em contextos díspares. Para Heidegger (1977) citado por Locsin (2005, p. 122) tecnologia “*is a means to an end, as well as a human activity*”. Analisando a tecnologia como elemento que participa na construção do processo de cuidados de enfermagem, Collière (1999, p.261) diz-nos que devemos entender a tecnologia como “uma arte, um conhecimento dos instrumentos, isto é, tudo o que dependa da sua elaboração, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de se servir deles”. Para Tunlind, Granström, e Engström (2005) tecnologia não é apenas o próprio equipamento, inclui ainda o conhecimento de como usá-lo e a capacidade de o converter em cuidados de enfermagem.

Os desenvolvimentos científicos e técnicos no tratamento da PSC produziram progressos consideráveis, melhorando assim a prática clínica e os resultados esperados, contudo este progresso não foi acompanhado na mesma proporção nos aspetos humanísticos (Heras, Calle, Martin, Nin, & Nin, 2017). O uso da tecnologia e a sua valorização têm sido geradoras de debate sobre o equilíbrio da mesma com os outros aspetos do cuidar. Esta preocupação é mais significativa na prática em UCI, existindo a preocupação que estas possam desumanizar a pessoa alvo de cuidados (Price, 2013). A humanização deve estar sempre presente nas relações com o outro. Pressupõe atitudes, valores e comportamentos, razão pela qual se assume que a mesma e o cuidado são inseparáveis. Abordar a humanização do cuidado nada mais é do que analisar a própria evolução humana, com ênfase na ética e nas relações interpessoais. Humanizar significa aceitar uma prática em que o cuidador, que cuida do outro, assume uma postura ética e respeitosa (Baraúna, s.d).

A responsabilidade de humanização dos cuidados de enfermagem encontra-se expressa no art.º 110 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no capítulo VI, da Deontologia profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O enfermeiro deve assumir o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. O processo de humanização não tem assim um local, uma data ou um momento para acontecer, deve estar presente em todas as ações dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa. Para Vieira e Maia (2013) os enfermeiros defendem a humanização como respeito pelo ser humano, cuidar a pessoa de forma holística e valorizar a pessoa e a sua família. O respeito pela individualidade da pessoa, pelas suas crenças e valores, o cuidado individualizado, proporciona à pessoa hospitalizada a recuperação da sua autonomia e consequentemente a humanização do ambiente (Barra et al., 2005). Para Marques e Souza (2010) a humanização representa um conjunto de atividades que visam a produção de cuidados em saúde, capazes de harmonizar a tecnologia com a promoção do acolhimento, respeito ético e cultural da pessoa, bem como um ambiente de trabalho favorável ao exercício técnico e à satisfação de profissionais e pessoas alvo de cuidados.

De acordo com a OE, no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o exercício profissional da enfermagem tem o seu foco na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, sendo que quer um quer outros possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual (Ordem dos Enfermeiros, 2001). A prática de cuidados de enfermagem deve assim, centrar-se em responder às necessidades individuais da pessoa alvo de cuidados nas diferentes dimensões enquanto pessoa. A prática centrada na pessoa é baseada no conhecimento e na experiência que cada um traz para a situação de cuidado e que são necessárias para tomar decisões que melhor atendam ao bem-estar da pessoa alvo de cuidados (McCormack, 2003), pressupõe, nas atividades desenvolvidas a introdução das crenças e valores da mesma, o envolvimento, a presença solidária, partilha na tomada de decisão e a satisfação das necessidades físicas (McCormack & McCance, 2006). Apesar de em casos particulares, alguns procedimentos

poderem ser mais apropriados que outros, é a individualidade do caso particular que vai determinar a abordagem mais apropriada (McCormack, 2003). É de referir ainda que no processo de humanizar não podem ser consideradas apenas as pessoas alvo de cuidados, mas também os elementos da equipa de enfermagem (Kotz et al., 2014). Estes não podem humanizar o cuidado à PSC antes de se conhecerem como ser inteiro e integro com ele mesmo (Barra et al., 2005). Boykin e Schoenhofer (2013) na sua teoria *Nursing as Caring* destacam numa das premissas que fundamenta a teoria, que as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade. Esta foi também uma das suposições que Locsin (2005) utilizou para fundamentar a sua teoria *Technological Competency as Caring in Nursing*.

A tecnologia não é um paradigma de cuidado oposto ao toque humano, mas, sobretudo, um agente e um objeto deste toque. A tecnologia por si só pode ser um fator que humaniza, mesmo nas situações mais tecnologicamente intensas de cuidado em saúde (Martins & Sasso, 2008). De forma semelhante Funk (2011) refere que ser tecnicamente competente é uma das formas mais visíveis da expressão do cuidar em enfermagem. Em contextos de cuidados tecnológicos um dos aspetos a observar e um elemento chave na humanização efetiva é a comunicação (Barra et al., 2005; Mendes, Carmo, Haddad, & Rossaneis, 2014). A prestação de cuidados em contextos altamente tecnológicos e a comunicação “através” da tecnologia é complexa, podendo a relação de cuidado ser um desafio, principalmente quando a tecnologia está a participar no diálogo (Almerud, 2008). Outros autores assumem a tecnologia como um elemento neutro na relação, que proporciona cuidados positivos ou negativos de acordo com o significado atribuído e o seu uso (Granados-Pemberty & Arias-Valencia, 2013).

Com a introdução de sistemas de informação clínica cada vez mais robustos e sofisticados, os sistemas de saúde estão sob uma maior pressão para obtenção de resultados, garantindo a segurança, melhorando a eficiência, garantindo assim cuidados de elevada qualidade (Cipriano & Hamer, 2014). Além de constituir um elemento fundamental na qualidade em saúde, a segurança é um elemento crucial para a confiança dos cidadãos no próprio sistema (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro).

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos com um nível profissional ideal, tendo em conta os recursos disponíveis e a satisfação dos cidadãos (Saturno, Jané, & Imperatori, 1990). É um conceito vasto, com diferentes dimensões que deixam antever a sua complexidade e das quais importa destacar a adequação, eficiência e acessibilidade dos cuidados, centrados no cliente e a segurança deste e dos profissionais de saúde (Carneiro, Saturno, & Campos, 2010).

A implementação da tecnologia moderna em enfermagem aumenta a eficiência dos enfermeiros, mas também está a mudar os cuidados prestados. A maioria das tecnologias utilizadas em cuidados críticos, confiam na identificação humana para a interrupção de eventos adversos, e os sistemas de informação em saúde permitem colher e analisar uma quantidade enorme de informação, importante no apoio à tomada de decisão, e no processo de vigilância (Henneman, 2009). A introdução da tecnologia no cuidado é o resultado de interações entre habilidades técnicas, cultura e aceitação social no ambiente de trabalho (Jeleč, Sukalić, & Friganović, 2016). Sendo o ambiente de cuidados de saúde à PSC dominado pela tecnologia e influenciando esta a saúde humana, é importante que os enfermeiros utilizem a mesma em benefício dos seus clientes (Locsin, 2013). O objetivo final do uso de tecnologia inovadora é oferecer um atendimento eficaz à pessoa, tanto clínica como fisicamente (Kremsdorf, 2003). Esta ideia é reforçada por Locsin (2005), quando nos diz que um dos objetivos mais importante da tecnologia em enfermagem é conhecer intencionalmente a pessoa como um todo e completa a cada momento. Para Locsin (2005) citando Purnell, a intencionalidade é uma entidade fundamental que fornece o contexto pelo qual as pessoas valorizam, organizam e vivem o significado de suas vidas, é a preocupação com as relações entre elas, o seu ambiente e o universo.

O modelo de prática que é crucial para a enfermagem contemporânea é aquele em que o cuidado na enfermagem pode ser expresso através da competência tecnológica (Locsin, 2013). A competência tecnológica como cuidado na enfermagem é a demonstração qualificada de atividades intencionais, deliberadas por enfermeiras que praticam em ambientes que exigem conhecimentos

tecnológicos. É geralmente reconhecida pelos enfermeiros que prestam cuidados em ambientes tecnológicos como um atributo desejável, não como substituto do cuidado, mas como um aspeto importante do cuidado (Locsin, 2005). O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família exige dos enfermeiros uma harmonização entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). O respeito pela individualidade da pessoa hospitalizada, o respeito pelas suas crenças e valores e o cuidado de modo único, proporcionam-lhe a recuperação da sua cidadania, e consequentemente a humanização do ambiente (Barra et al., 2005). A tecnologia constrói e altera as experiências e os significados do espaço social dentro do encontro enfermeiro-pessoa alvo de cuidados. McCormack (2003) afirma que o contexto em que são prestados os cuidados tem o maior potencial para melhorar ou limitar a facilitação da prática centrada na pessoa.

Cuidar da PSC na sua globalidade implica ainda não descurar a sua família, pelo que o acolhimento pelos enfermeiros se torna imperativo (Fernandes & Silva, 1981). O ambiente de cuidados é caracterizado por uma constante expectativa de situações de emergência, com a pessoa sujeita a mudanças súbitas no seu estado geral. Este ambiente de cuidados propicia à família uma panóplia de sentimentos, muitos deles associados ao estigma cultural relacionado com o internamento e com a questão da morte (Urizzi et al., 2008). Para Kean e Mitchell (2013) as famílias são vistas como unidades sociais nas quais a saúde e a doença são vivenciadas e, consequentemente, a doença num membro da família é vista como tendo um efeito sobre toda a família.

O conhecimento sobre a pessoa alvo de cuidados é proporcionado pela própria, pelo enfermeiro e pela família, em conjunto com a maneira como o trabalho é organizado e pela tecnologia utilizada para aceder às fontes de informação (O'Keefe-McCarthy, 2009). Os enfermeiros reconhecem aspetos positivos do uso de equipamentos tecnológicos no cuidado, identificando-os como optimizadores do processo de trabalho desde que corretamente manuseados e associados ao conhecimento clínico (Mendes et al., 2014). Os aspetos positivos mais importantes do uso da tecnologia são: precisão, rapidez e segurança no processo diagnóstico-

terapêutico (Barra et al., 2005), a possibilidade de controlo do estado geral da pessoa, minimizando atividades repetitivas e a prevenção de complicações (Oliveira & Souza, 2012). Ajuda a equipa a conhecer melhor o que se passa no organismo da pessoa alvo de cuidados, possibilitando direccionar o mesmo (Silva & Ferreira, 2013), e em situações de emergência que ameaçam a vida, fornece informações objetivas sobre processos fisiológicos da pessoa alvo de cuidados (Almerud, Alapack, Fridlund, & Ekebergh, 2008a). Os enfermeiros de cuidados críticos afirmam ainda, que aumentar o número de parâmetros de vigilância monitorizáveis facilita a avaliação da pessoa num determinado momento (Barra et al., 2005).

No entanto, a substituição de alguns cuidados realizados manualmente pela automatização em unidades especializadas está intimamente ligada à *expertise* do profissional (Oliveira & Souza, 2012). A falta de experiência ou conhecimento de profissionais inexperientes nos contextos tecnologicamente mais intensos, são vistos como fatores que podem levar a insegurança na utilização da tecnologia e a uma maior atenção com a mesma em detrimento da pessoa. Rodriguez et al. (2016) dizem-nos que a maioria das atitudes negativas em relação à influência da tecnologia no cuidado se deve à falta de conhecimento dos profissionais, e Barra et al. (2005) afirmam que as pessoas mais experientes conseguem concentrar-se menos na tecnologia.

Por mais inteligente e rápido que seja o sistema de inteligência artificial disponível nos equipamentos tecnológicos ao dispor dos enfermeiros, estes, para construir uma análise da situação, fazem-no elemento por elemento, sem nenhuma compreensão de fundo que ordene e interprete os dados em relação à globalidade da situação (Benner et al., 2011). O uso da tecnologia como instrumento do cuidar à PSC, assume assim especial relevância no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, contribuindo para a humanização dos cuidados de enfermagem à pessoa e família. No entendimento de Silva e Ferreira (2013) as ações dos enfermeiros que praticam em ambientes de cuidado intensivo possuem oito características, sendo quatro da esfera subjetiva (singularidade da pessoa, interação e relação, princípios humanísticos, subjetividade) e quatro da esfera

objetiva (vigilância dos equipamentos, domínio do equipamento, observação da linguagem tecnológica e preparação dos profissionais).

O cuidado de enfermagem em contextos altamente tecnológicos tem vindo a sofrer alterações com o intuito de se adequar às novas tecnologias e procedimentos, sem nunca perder de vista o seu foco de atuação que é o cuidado ao ser humano (Silva & Louro, 2010), os profissionais precisam equilibrar a tecnologia com o cuidado e harmonizar as ações da subjetividade com os sinais objetivos (Almerud, Alapack, Fridlund, & Ekebergh, 2008b), sendo que o enfermeiro é insubstituível, contudo há uma necessidade fundamental da tecnologia (Almerud et al., 2008a; Granados-Pemberty & Arias-Valencia, 2013). Estas características orientam os enfermeiros no cuidar, o que mostra que a prática de enfermagem nestes ambientes de cuidados não deve ser caracterizada *à priori* como mais ou menos humana, pois conjuga técnica, tecnologia e humanização (Silva & Ferreira, 2013).

Para que a prestação de cuidados na prática clínica se torne eficiente, requer que os enfermeiros considerem os problemas e resultados desejados e executem um raciocínio clínico e ético reflexivo (Fairchild, 2010). Apesar da tecnologia apresentar aos enfermeiros constantes desafios e questões, exigindo-lhes reflexões acerca da sua aplicabilidade no cuidado (Silva, Porto, & Figueiredo, 2008), é necessário que estes adotem uma postura crítica e reflexiva, avaliando as suas limitações, benefícios e a adequação às necessidades da pessoa como um todo (Barra et al., 2005). A reorientação da visão dos enfermeiros para a prática de enfermagem, mantendo o foco no cuidado, exige uma compreensão de relacionamentos baseados em cuidados e relações que valorizam a importância da pessoa enquanto pessoa, num determinado contexto e momento. Da mesma forma que não podemos falar em Cuidar sem existir uma relação entre cuidador-cuidado, não podemos falar em Cuidar em enfermagem isoladamente de humanizar. Cuidar em enfermagem implica humanizar os cuidados de enfermagem.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Cuidar da PSC em contexto de Serviço de Urgência

O Ensino Clínico (EC) em contexto de SU decorreu no período compreendido entre 01 de outubro e 29 de novembro de 2018. Procurei desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018) no cuidar da pessoa, família/cuidador/acompanhante a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mas também as competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010), integrando a equipa multidisciplinar do serviço.

O SU onde tive oportunidade de realizar o EC é considerado um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), com as características definidas para esta classificação pelo Despacho n.º 10319/ 2014 (2013), sendo o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, devendo oferecer resposta de proximidade à população da sua área. A área de atuação dos SUP é abrangente, estando definido para o território continental um rácio de um SUP para cada 750.000 a 1.000.000 de habitantes. O SUP é o hospital de referência e drenagem de diversas situações clínicas não possíveis de atendimento nos SU menos diferenciados, como sejam os Serviços de Urgência Básicos (SUB) e Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos (SUMC).

O SU está organizado por setores de atendimento, tendo por base a prioridade atribuída segundo o protocolo de Triagem de Manchester¹ e a especialidade a que se destinam. A equipa de enfermagem é distribuída pelos seguintes setores: triagem, salas de reanimação (vermelhos), laranjas, amarelos, verdes, pequena cirurgia, otorrinolaringologia/oftalmologia, psiquiatria, sala de

¹ Triagem de Manchester: Instrumento de apoio à gestão do risco clínico em contexto de SU, permitindo identificar uma prioridade clínica, com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada. Tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica (DGS, 2018)

aerossóis e sala de observação (SO). Tendo em consideração o desenvolvimento das competências pretendidas, e em concordância com a enfermeira orientadora no estágio, planeou-se a realização de turnos nos seguintes setores: sala de reanimação (maioria de turnos), no SO, e em otorrino/oftalmologia/psiquiatria (um turno). A otimização da gestão da equipa de enfermagem permitiu que, em muitos dos turnos realizados na sala de reanimação, aquando da não ocupação da mesma, fosse possível prestar cuidados no setor de triagem e de laranjas.

A prestação de cuidados em SU foi uma realidade nova. O cuidar a pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, exigem ao enfermeiro, face à complexidade e às respostas necessárias, que mobilize conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Nesse sentido, experienciei algumas limitações iniciais pelo desconhecimento da estrutura física, localização de dispositivos e materiais, dinâmica do serviço, nomeadamente na intervenção nas salas de reanimação, mas também pelo contacto com novos (ou pelo menos sem contacto nos últimos anos de prática) procedimentos, técnicas e equipamentos tecnológicos. A tecnologia faz parte integrante do ambiente de cuidados nos diferentes setores de atuação do enfermeiro no SU e, de encontro ao que nos diz Funk (2011) encontra-se presente em todas as dimensões dos cuidados críticos - avaliação, monitorização e tratamento à pessoa. Esta presença tecnológica nos diferentes setores e dimensões dos cuidados, assume um papel especial no cuidar à pessoa no SU, tendo em consideração o fator tempo e as situações de emergência que ameaçam a vida, fornecendo informações objetivas sobre processos fisiológicos (Almerud, Alapack, Fridlund, & Ekebergh, 2008a), aumentando o número de parâmetros de vigilância monitorizáveis, incutindo precisão, rapidez e segurança no processo diagnóstico-terapêutico (Barra et al., 2005), o que possibilita à equipa um melhor conhecimento da pessoa e o subsequente direcionamento na prestação de cuidados (Silva & Ferreira, 2013).

Pela necessidade de mobilizar conhecimentos e habilidades no cuidar à PSC em tempo útil, antecipando focos de instabilidade, e de forma holística, considerei pertinente definir estratégias que me permitissem otimizar a aprendizagem e o

desenvolvimento de competências. A primeira estratégia passou pelo conhecimento da estrutura física e dinâmica de funcionamento do serviço, pois pelas suas características e dimensão pode comprometer a resposta em tempo útil. Para o conhecimento da estrutura física, foi de extrema importância a visita guiada realizada com a enfermeira orientadora. Nesta visita foi-me possível conhecer o espaço físico do SU, a organização por setores de prestação de cuidados de enfermagem, bem como o percurso da pessoa alvo de cuidados, desde a admissão até ao momento da alta, transferência intra ou extra-hospitalar. Esta organização por setores de prestação de cuidados permite uma gestão de recursos que assenta na sua rentabilização e no alcance dos resultados desejados. O simples juntar de pessoas com diferentes formações, sem referências construídas de forma partilhada, e que segundo Alves, Ramos e Penna (2005) resultavam em conflitos e posturas fragmentadas nas equipas, não se verifica. A distribuição harmoniosa dos elementos da equipa pelos diferentes setores tem por base, entre outros, o nível de cuidados prestados em cada setor, o equilíbrio entre a experiência profissional, a diferenciação técnica, a especialização, e a integração dos elementos em cada setor, capacitando em cada um deles o desenvolvimento de competências. Os pressupostos enumerados entroncam naquilo que nos afirmam Santos e Silva (2012) quando nos dizem que a especificidade e alcance, a quantidade e especificidade dos recursos humanos que integram as equipas e a forma como o trabalho se desenvolve, são elementos chave no processo de gestão.

Para a compreensão da dinâmica organizacional foi importante a realização de turnos nos períodos da manhã, tarde e noite, pois permitiu-me entender as variações na afluência de pessoas ao SU e a consequente necessidade de reorganização dos recursos humanos, assim como, da gestão dinâmica da equipa de enfermagem na prestação de cuidados nas 24 horas. A prestação de cuidados no setor de triagem foi outro dos aspetos facilitadores, pois também aqui me foi possível compreender o circuito da pessoa no SU. A estratégia definida para a compreensão da estrutura física, articulação entre setores e a dinâmica do serviço no seu todo, revelou-se de extrema importância para a integração nos setores onde prestei cuidados.

A compreensão/percepção da interligação entre o SU e outros serviços hospitalares, foi obtida através do acompanhamento da pessoa alvo de cuidados a diferentes serviços, como por exemplo: imagiologia, bloco operatório, sala de hemodinâmica ou unidade de cuidados intensivos.

A integração na equipa interprofissional (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de radiologia), na sala de reanimação, decorreu de forma progressiva, dada a exigência de aprendizagem e treino, para assumir as funções dos profissionais de enfermagem, num ambiente em que a comunicação e o fator tempo são dois elementos chave na prestação de cuidados, para alcance dos resultados esperados. Para Courtenay, Nancarrow, e Dawson (2013), o trabalho em equipa interprofissional é alcançado através de um esforço interativo entre todos os profissionais envolvidos, com boa comunicação, respeito e compreensão dos papéis dos outros membros da equipa.

As pessoas com necessidades de cuidados emergentes, admitidas na sala de reanimação, podem ser provenientes do contexto extra-hospitalar ou hospitalar (transferência inter-hospitalar ou intra-hospitalar). Quando provêm do contexto extra-hospitalar, o próprio pode dirigir-se ao serviço pelos seus meios, sendo efetuada triagem e encaminhado imediatamente para a salas de reanimação, ou, podem ser transportados por meios do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Quanto à patologia, a pessoa com necessidade de cuidados emergentes, pode ser portadora de doença do foro médico, cirúrgico ou ambos. Em algumas situações, a informação transmitida previamente pelas equipas coordenadoras do extra-hospitalar é insuficiente, menos precisa, e nem sempre traduz a situação real, interferindo com o atempado planeamento e preparação da sala de reanimação para a receção da pessoa. Este facto pode traduzir-se em alguma desorganização ou perda de tempo, podendo interferir com a qualidade dos cuidados prestados numa primeira abordagem, o que, em último caso, se pode refletir no resultado esperado.

A prestação de cuidados na sala de reanimação exige aos enfermeiros um conhecimento profundo do *layout* do espaço, da localização dos dispositivos médicos, dos fármacos, e impõe que se detenham competências para a utilização

dos equipamentos tecnológicos disponíveis para avaliação, monitorização, tratamento e vigilância da PSC. Consciente dessa complexidade, entendi que para além da observação das diferentes salas de emergência, a realização da *checklist* diária, no início de cada turno, seria uma estratégia facilitadora do desenvolvimento das competências necessárias. Esta participação possibilitou-me o contacto e conhecimento da localização de todos os equipamentos existentes nas diferentes salas, bem como no processo de requisição de fármacos, dispositivos médicos e material clínico, realizado nos turnos da manhã. Colaborar no armazenamento do material requisitado, facilitou a minha integração no espaço físico da sala, o que se revelou essencial para a prestação de cuidados de forma efetiva com o decurso do estágio, e simplificou a integração na equipa interprofissional.

A tecnologia é dominante no ambiente de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e influencia a saúde humana. Assim, importa que os enfermeiros a utilizem em benefício da pessoa alvo de cuidados (Locsin, 2013). A competência tecnológica é geralmente reconhecida pelos enfermeiros que prestam cuidados em ambientes tecnológicos, como um atributo desejável, não como substituta do cuidado, mas como um aspeto importante do cuidado (Locsin, 2005). A prestação de cuidados com recurso à tecnologia, no que concerne a tecnologia dura, como instrumento do cuidar foi efetuada diariamente. Desenvolvi esta competência de forma progressiva e contínua, pois o meu afastamento da prática clínica nos últimos meses, assim o determinou. A consciencialização da necessidade de readaptação ao ambiente tecnológico, foi uma das estratégias utilizadas para evitar um foco maior na tecnologia em detrimento da pessoa, fazendo jus à preocupação que se encontra descrita na literatura, relacionada com a falta de experiência ou conhecimento de profissionais mais novos nos contextos tecnologicamente mais intensos (Rodriguez et al., 2016).

A tecnologia não é apenas o próprio equipamento, inclui o conhecimento de como usá-lo e a capacidade de convertê-la em cuidados de enfermagem (Tunlind et al., 2015). A disponibilidade dos profissionais de enfermagem que acompanhei na prestação de cuidados, contribuiu para o crescente conhecimento sobre o funcionamento e otimização dos equipamentos, o que permitiu a sua utilização em

segurança, e tal com referenciado por Locsin (2005), reconhecendo intencionalmente a pessoa como um todo e completa a cada momento. Realço a uniformização existente em equipamentos tecnológicos, nos diferentes setores de prestação de cuidados no SU, como uma mais valia no desenvolvimento da curva de aprendizagem.

No setor de triagem tive a oportunidade de compreender a complexidade e importância na atribuição de prioridades e na empreendedora gestão do fluxo de pessoas no SU. A triagem é efetuada com recurso ao protocolo de triagem de Manchester o que exige dos enfermeiros muito mais do que seguir determinado fluxograma, com base nas respostas às questões colocadas. Esta exige do enfermeiro experiência, conhecimento, avaliação, julgamento e decisão clínica, o que me leva a afirmar que a eficiência de um sistema de triagem depende da capacidade do enfermeiro conjugar todos estes aspetos, pois o fluxograma emanado pelo sistema de informação clínico não consegue a avaliação objetiva e subjetiva, que o quadro clínico da pessoa que está a ser triada apresenta, nem do contexto em que esta ocorreu.

Com o contributo da enfermeira orientadora e dos enfermeiros que acompanhei, reuni informação sobre os principais motivos, que levam a pessoa a recorrer ao SU, por forma a pesquisar atempadamente fontes de informação cientificamente relevantes, que pudessem acrescentar conhecimentos aquando da administração de protocolos terapêuticos adequados à complexidade da situação.

Na sala de reanimação, nos primeiros turnos realizados, estrategicamente elegi a observação e posterior reflexão da atuação dos peritos na sala, intervindo quando necessário, tentando ser um elo facilitador e não um entrave na dinâmica de equipa. Pude assim esclarecer dúvidas, discutir ações e prioridades no planeamento de intervenções, as quais com o decurso do EC me permitiram desenvolver competências na gestão de cuidados, gestão de recursos, gestão da equipa, no cuidar a PSC na sala de reanimação, com a prestação de cuidados adequados e seguros., visando a otimização da qualidade dos cuidados. As estratégias utilizadas permitiram-me ainda um melhor conhecimento de mim como pessoa e profissional, reconhecendo limites, aspetos a potenciar, baseando a prática no conhecimento

científico, o que se traduz no desenvolvimento de competências de autoconhecimento e assertividade.

A ativação e implementação dos protocolos de via verde coronária e via verde acidente vascular cerebral, permitiram-me desenvolver e aprofundar conhecimentos relativamente a cada uma das situações clínicas, através da pesquisa e consulta das normas relativas a cada um. O cuidado à pessoa politraumatizada no SU constitui um enorme desafio, que tive a oportunidade de concretizar neste EC. A frequência no primeiro ano do mestrado do curso ATCN, bem como de outras formações inerentes à minha atividade profissional na área do trauma, revelaram-se uma mais valia na abordagem à pessoa politraumatizada. Apesar dos conhecimentos teóricos prévios, e do treino em contexto simulado realizado na minha prática profissional, a realidade pode sempre apresentar desafios imprevisíveis em cada situação de cuidados.

A pessoa politraumatizada admitida no SU, é transportada pelos meios de socorro extra-hospitalar, acompanhada por diferentes tipos de profissionais (técnicos de ambulância de emergência, enfermeiros e médicos), tendo em consideração a complexidade da situação clínica. A tipologia de meios e profissionais ativados para prestar o socorro, e subsequentemente diferenciação técnica na intervenção, leva a que a pessoa alvo de cuidados poderia apresentar-se com uma simples imobilização em plano duro, ou poderia já ter sido alvo de inúmeras intervenções, o que acaba por influenciar o estabelecimento de prioridades na abordagem inicial. O momento de admissão acarreta um stress acrescido, quer seja pelo número de pessoas na sala que tentam perceber o que se passa, quer pelas condicionantes da situação clínica. Para fazer face aos desafios apresentados, a realização da avaliação primária através da sequência ABCDE (A-Via aérea com proteção da coluna cervical, B-ventilação e respiração, C-Circulação com controlo de hemorragia, D-Disfunção, estado neurológico e E-Exposição com controlo do ambiente), como preconizado pelo American College of Surgeons (2012) permite a todos os profissionais uma sistematização de processos e uniformização da linguagem, essencial no alcance dos resultados esperados.

É decisivo nestes momentos, que as funções atribuídas a cada elemento da equipa estejam definidas e sejam amplamente conhecidas, de modo a que se consiga obter o máximo de informação transmitida pelo extra-hospitalar (horas, mecanismo de lesão, intervenções realizadas), e ao mesmo tempo não atrasar a prestação de cuidados, pois cada elemento da equipa sabe onde deve estar e o que fazer. No decurso do EC prestei cuidados à pessoa politraumatizada, realizando a avaliação primária e secundária, participando na sua transferência e imobilização com recurso a diferentes dispositivos (colares cervicais, plano duro, imobilizadores de cabeça, aranha, talas); e colaborando na execução de procedimentos invasivos, como a descompressão emergente de pneumotórax hipertensivo (procedimento *life-saving*), colocação de drenagem torácica, de cateter venoso central e de linha arterial.

A aprendizagem, os conhecimentos adquiridos, as situações vivenciadas e o desenvolvimento de competências na atuação à pessoa politraumatizada, serão um contributo de extrema importância na execução da minha atividade profissional atual, enquanto gestor de planeamento e execução de formação, e enquanto enfermeiro militar. Estes contributos permitiram-me ainda desenvolver competências no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da melhoria contínua da qualidade, preparando-me para o desenvolvimento de estratégias institucionais que permitam a elaboração de programas de melhoria contínua, e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.

Na maioria das situações de admissão ao SU e em quase todas as situações de cuidados emergentes em trauma, a dor está presente como um dos sintomas comumente referido pela pessoa alvo de cuidados. A dor foi instituída como 5º sinal vital pela DGS em 2003, atendendo, entre outros aspetos, a que o controlo eficaz da mesma é um dever dos profissionais de saúde. A avaliação e registo da sua intensidade tem que ser feita de forma sistemática e regular pelos profissionais, sendo um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde (Direção Geral de Saúde, 2003). A Ordem dos Enfermeiros

(2008) acrescenta que no âmbito das suas competências no domínio profissional, ético e legal, os enfermeiros tomam por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, bem-estar e autocuidado. Relativamente às vítimas de trauma, a Ordem dos Médicos (2009) reforça no documento de Normas de Boa Prática em Trauma, que um dos objetivos de implementação de uma estratégia nacional e regional, para a abordagem do doente vítima de lesões graves, é minimizar a dor e o sofrimento psicológico.

A dificuldade inerente à gestão da dor foi um dos aspetos que ao longo do EC me proporcionou maior reflexão, nomeadamente a vivência de uma situação de cuidados onde a dor foi secundarizada numa abordagem inicial. Atualmente dispomos de abordagens terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas que permitem controlar a maioria das situações dolorosas, evitando assim provocar a uma pessoa já por si extremamente vulnerável, motivada pela transição de saúde-doença que vivencia, um sofrimento ainda maior. O SU não possui protocolo de medidas farmacológicas de combate à dor, contudo, a implementação de protocolos na abordagem da dor aguda, nomeadamente na sala de emergência não é uma novidade, como podemos verificar quando Tamchès et al. (2007) nos apresentam o desenvolvimento e implementação de um protocolo de abordagem da dor, com o objetivo de melhorar o atendimento de pessoas com quadro agudo de dor. Neste sentido, implementei intervenções na avaliação e reavaliação da dor, proporcionei momentos de discussão com os pares, e sempre que, se identificava a necessidade de implementação de medidas farmacológicas, esta necessidade era transmitida à equipa médica. Como intervenções não farmacológicas, e pelas características do contexto, recorri à comunicação e a medidas que melhorassem o conforto da pessoa (posicionamentos, colocação de apoios, controlo da temperatura).

As situações de discussão com os pares ocorreram após a prestação de cuidados nas salas de reanimação, socorrendo-me do *debriefing* informal. Apesar de o *debriefing* ser uma ferramenta estruturada de reflexão sobre a ação, sendo considerada fundamental na consolidação do conhecimento e na formação contínua dos enfermeiros (Coutinho, Martins, & Pereira, 2014), pode ser utilizada de forma

informal, proporcionando aos envolvidos mais um momento de desenvolvimento de competências individuais, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados prestados.

A pesquisa sobre a gestão da dor em contexto de SU e a participação na formação em serviço intitulada “Analgesia epidural no SU”, organizada pelo serviço de anestesia-departamento de doente crítico, em conjunto com a unidade da dor, foram estratégias adicionais na aquisição de competências.

A prestação de cuidados de enfermagem à família ou pessoa significativa, vulgarmente designados no contexto de SU como acompanhante, e que mereceu regulamentação própria com a publicação em formato de Lei (Lei n.º 33/2009, 2009), apresenta especificidades quando comparado com outros serviços hospitalares. Isto porque muitas situações de cuidados no SU envolvem pessoas a vivenciar processos de doença aguda. O processo de transição saúde-doença inesperado, acarreta para a pessoa alvo de cuidados e família uma situação de vulnerabilidade acrescida, experienciando estes últimos também uma transição inesperada (Mendes, 2016). Não sendo possível em alguns setores de prestação de cuidados o acompanhante/família estar presente, é necessário que o enfermeiro procure os mesmos, e estabeleça uma relação terapêutica que lhe permita identificar focos de vulnerabilidade face à complexidade da situação, envolvendo-os no planeamento e prestação de cuidados.

Os horários da visita na sala de observação (SO), pelas suas características e funcionamento, são restritos, contudo, poderá ser necessária à sua otimização, tendo em atenção a situação vivida. Neste setor utilizei como estratégia a abordagem e estabelecimento de relação terapêutica no momento da visita, através da comunicação verbal e não verbal, que me permitisse identificar focos de vulnerabilidade face à complexidade da situação vivenciada, e o envolvimento dos mesmos no processo de cuidados. Este é um dos aspetos que me possibilitou a utilização e o desenvolvimento de competências na utilização da tecnologia leve e leve-dura, nomeadamente nos aspetos de utilização de saberes estruturados na produção das relações no momento do acolhimento. Este momento possibilitou ainda a aquisição de informações adicionais sobre a pessoa alvo de cuidados, permitindo assim uma melhor individualização de cuidados. Uma das limitações

identificadas na comunicação com a família foi a dificuldade em garantir a privacidade, imposta pelas condicionantes físicas da SO. Na salvaguarda do cumprimento do código deontológico dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015), no que concerne aos deveres de informação, sigilo e respeito pela intimidade, utilizei como estratégia na comunicação a proximidade, de forma a reduzir o volume da voz.

Na sala de reanimação, foi possível, em articulação com o enfermeiro(a) orientador e equipa médica, em pelo menos três turnos, planear a presença de acompanhante na sala por breves períodos. Ciente dos limites da minha autonomia e sob supervisão, efetuei a receção e preparação dos familiares para a entrada na sala, informando-os previamente sobre o estado de saúde do familiar, desmistificando a complexa envolvente tecnológica que iriam encontrar.

Na sequência do que descrevo, considero pertinente destacar uma situação de cuidados que decorreu no decurso de ativação de via verde AVC, em que o envolvimento da família no processo de cuidados na sala de reanimação, acrescentou informação de particular importância para as decisões da equipa. Pelas dúvidas existentes na avaliação pela equipa interdisciplinar com base nos dados objetivos (exames complementares, défices neurológicos, sinais vitais) foi solicitada a presença do familiar na sala de reanimação, para se efetuar uma completa colheita de dados e observar a interação entre ambos. Como resultado deste envolvimento no processo de cuidados, o foco de atenção da equipa interdisciplinar mudou, influenciando os resultados esperados, isto é, permitiu inferir um diagnóstico, o que possibilitou a elaboração de um plano de cuidados direcionado à situação vivida. Esta situação proporcionou-me reflexão sobre a importância do envolvimento da família/pessoa significativa no processo de cuidados na sala de reanimação, pois os dados objetivos colhidos pelos equipamentos de avaliação e monitorização não foram suficientes para uma plena individualização do cuidado à PSC.

Durante a permanência no EC, neste contexto, presenciei duas situações de morte em pessoas alvo dos meus cuidados. Sendo uma situação expectável e não

inesperada, foi possível assegurar a permanência da família, e planejar cuidados em função da reação esperada dos familiares, a qual para Pereira (2017)² passa pela tristeza e pelo luto. Esta situação permitiu a prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida e família, proporcionando privacidade no acompanhamento e condições para dar início ao processo de luto e subsequentemente avançar na transição dos estádios do processo de aceitação da morte, o que possibilitou o desenvolvimento de competências facilitadoras da comunicação (escuta ativa, empatia, capacidade de dar feedback) e da relação de ajuda (estabelecimento de confiança, dar informação e validação de sentimentos).

Outras das competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem à PSC é a dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Como já expus anteriormente foi possível a prestação de cuidados à pessoa com necessidade de cuidados emergentes, assegurando as condições de segurança e a continuidade de cuidados registando e transmitindo a informação através dos sistemas de informação existentes e da comunicação verbal.

Em contexto de SU foi possível vivenciar pelo menos uma situação de exceção³, o que exigiu coordenação e gestão de espaços e recursos humanos imediata. A necessidade de recorrer a recursos humanos alocados a outros setores, e a redefinição de prioridades na utilização das salas de reanimação, de forma a dar uma resposta que salvasse as condições de segurança possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidar à pessoa, garantindo condições de segurança, prestando cuidados com base em orientações científicas, salvaguardando a continuidade dos cuidados através do registo e transmissão da informação. Através da observação da articulação e eficiência da equipa, e a posterior reflexão sobre a situação, desenvolvi competências no âmbito da gestão de cuidados perante situações de emergência e exceção.

² Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência (Apontamentos). Prof. Márcio Pereira. ESEL, 2017.

³ Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012, p.12).

Num SUP podem ser admitidas vítimas de crime acompanhadas por elementos das forças especiais. Nestas situações importa a preservação de vestígios dos indícios dos atos praticados. No SU tive a oportunidade de prestar cuidados a uma vítima de trauma com arma branca, participando ativamente, em colaboração com a equipa multidisciplinar e forças especiais na preservação das impressões digitais, presentes no cabo da mesma. No momento de admissão, este foi envolvido com um envelope, ficando as provas preservadas enquanto a assistência à vítima era prestada.

No domínio das competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018), a minha intervenção pautou-se por: mobilizar conhecimentos prévios e adquiridos ao longo do percurso profissional, onde exerci funções de dinamizador e membro do núcleo de apoio técnico e consultivo, em comissão de higiene e controlo de infeção hospitalar; rever o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); e pesquisa das normas existentes na instituição, gerais e específicas, relativas a procedimentos passíveis de realização no SU.

Pelas características inerentes ao contexto, e partindo do princípio de que toda a pessoa alvo de cuidados pode constituir um risco de transmissão de microrganismos, provenientes de potenciais fontes de infeção, o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, foram consideradas nas intervenções à pessoa. A abordagem inicial no setor de reanimação foi efetuada sempre com recurso a EPI (luvas, máscara, bata). Pelo facto de alguns setores apresentarem contingências específicas de espaço, dinâmica, complexidade e tempo limitado na realização de diferentes procedimentos na intervenção à PSC, tornando-os um desafio no cumprimento dos princípios emanados nas normas e orientações, foi necessário recorrer a estratégias, de forma a prevenir a transmissão cruzada proveniente de possíveis fontes de contaminação. Assim, e partindo do princípio subjacente às precauções básicas de controlo de infeção, de que *“não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”* (Norma n.º 029 de 29 de dezembro

atualizada a 31 outubro de 2013, 2013), como estratégias recorri: à preparação prévia da sala/unidade com o material mínimo identificado como necessário na abordagem inicial (cateteres venosos periféricos, pensos para cateter, elétrodo para monitorização, tubos de colheita, compressas), à dinâmica e articulação com outros elementos da equipa (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais), e ao planeamento e preparação prévia de todo o material necessário para a realização de determinados procedimentos específicos (cateterismo vesical, entubação nasogástrica, colocação de drenagem torácica). Deste modo foi possível respeitar procedimentos, normas e circuitos essenciais no controlo e prevenção da infeção.

A possibilidade de ter acompanhado diferentes profissionais ao longo do EC possibilitou a observação de diferentes formas na abordagem da mesma situação, na prevenção da infeção e no respeito pelos princípios base inerentes aos procedimentos e normas. A utilização deste background contribuiu para repensar e melhorar as minhas práticas inclusive no contexto onde exerço funções.

A realização de alguns turnos na Sala de Observações (SO) permitiu-me contactar com outra realidade, nomeadamente a sobrelotação das estruturas pela dificuldade de drenagem de doentes para outros setores hospitalares. A SO, possui capacidade para internamento de 16 pessoas, contudo não é limitada a este número, havendo necessidade frequentemente e por diversos motivos de aumentar a sua capacidade, o que torna comum, recorrer ao prolongamento do SO com a colocação de macas pelo corredor. Dependendo do número de macas, este prolongamento pode abranger o corredor de circulação de profissionais no acesso a gabinetes, sala de pausa e copa, ou pode mesmo chegar a uma parte de corredor de acesso a diferentes gabinetes de observação e tratamento (sala de aerossóis, gabinete de ortopedia, gabinete de pequena cirurgia, gabinete de radiologia).

A garantia da privacidade é um fator essencial na relação terapêutica pessoa-enfermeiro, e um aspeto relevante na satisfação da pessoa alvo de cuidados, devendo ser alvo de reflexão pelos profissionais de saúde. Para Aragó (2016) os serviços de saúde devem desenvolver, implementar, avaliar e atualizar procedimentos e protocolos de proteção da privacidade da pessoa, e formar enfermeiros sobre esta temática através da realização de sessões de formação. Esta ideia é reforçada por Olsen e Sabin (2003) quando afirmam que os prestadores

de cuidados precisam estar cientes das violações de confidencialidade e privacidade, caso contrário à sua garantia poderá estar comprometida.

A preocupação com a preservação da privacidade física da pessoa e da sua informação clínica, no contexto de SU, e em particular no prolongamento do SO pelo corredor, foi uma constante. Senti a necessidade de colmatar os conhecimentos prévios com a pesquisa de informação complementar, por forma a poder obter espaço para a reflexão à distância de forma fundamentada, tendo como objetivo a melhoria dos cuidados prestados. Esta preocupação foi alvo de discussão com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa, sendo que a preocupação é transversal à equipa de enfermagem.

A privacidade é um aspeto essencial no quotidiano das pessoas na sua vida particular e social. Como nos dizem Ozturk, Sayligil, Musmul, e Ergun Acar (2018) a garantia da privacidade protege a dignidade humana e constitui um componente da própria liberdade humana, podendo as violações da privacidade ser vistas como uma ameaça à liberdade individual. Respeitar a dignidade e integridade humanas é uma forma de proteger a privacidade da pessoa alvo de cuidados.

O processo de humanização e individualização dos cuidados deve estar presente em todas as ações dos enfermeiros, independentemente do contexto. A responsabilidade de humanização dos cuidados de enfermagem encontra-se expressa no art.º 110 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aquando do capítulo da Deontologia profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo que o enfermeiro deve assumir o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. As inquietações, discussões com pares e reflexões ao longo do EC, foram estratégias utilizadas para manter o foco da minha prática profissional no desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, e da melhoria da qualidade, no respeito pela individualidade da pessoa, pelas suas crenças e valores, pelo conhecimento e experiência, no alcance da prática centrada na pessoa. O conhecimento e a experiência que cada pessoa traz para a situação de cuidados, e que são essenciais para a tomada de decisões que melhoram o bem-estar da pessoa alvo de cuidados, é um dos pressupostos da prática centrada na pessoa (McMormack, 2003). O

cuidado individualizado, proporciona à pessoa hospitalizada a recuperação da sua autonomia e consequentemente a humanização do ambiente (Barra et al., 2005).

A prestação de cuidados no setor de SO, foi realizada de forma progressiva, pela necessidade de adaptação às características físicas e dinâmicas impressas na prestação de cuidados e na rotatividade de pessoas, com constantes transferências intra e inter-hospitalares. Inicialmente senti alguns constrangimentos/dificuldades no acompanhamento da dinâmica, contudo com o decurso dos turnos consegui adaptar-me, vindo progressivamente a assumir a responsabilidade da gestão dos cuidados, até um máximo de cinco pessoas em simultâneo. Um dos constrangimentos sentidos relaciona-se com o sistema de informação clínico. Este requer obrigatoriamente *login* de acesso para a execução de todas as atividades, e que sendo este pessoal e intransmissível, requereu a constante solicitação ao enfermeiro que acompanhei em cada turno, o acesso para a otimização da gestão de cuidados (notas de enfermagem, visualização e validação de terapêutica prescrita, visualização de exames complementares de diagnóstico). Esta solicitação torna a dinâmica de prestação de cuidados menos fluente do que o expectável, na medida em que as intervenções interdependentes com a equipa médica, que podem sofrer diversas alterações ao longo dos turnos, em função da situação clínica da pessoa, requerem uma constante consulta do sistema de informação clínico. Também o acesso à terapêutica é efetuado através de sistema informático com introdução de *login* de acesso, o que aumenta a segurança dos cuidados no processo, mas altera a dinâmica de trabalho. Estes constrangimentos fizeram com que a antecipação do planeamento das intervenções (as expectáveis), fosse a principal estratégia utilizada, contudo, nem sempre exequível pelas constantes alterações ao planeamento inicial.

No decurso do EC neste contexto não foram identificados projetos institucionais em curso considerados pertinentes e os quais pudesse integrar tendo em consideração o desenvolvimento de competências. Contudo, as ações de formação informais sobre a temática que me propus desenvolver, foram uma constante, e para isto muito contribui o facto de ter acompanhado na prestação de

cuidados ao longo do EC diferentes elementos da equipa de enfermagem que integrei.

A possibilidade de expor a temática com cada um deles foi a oportunidade para a partilha de conhecimentos sobre a mesma, podendo aferir de forma empírica que quando falamos em “tecnologia”, esta é compreendida e valorizada acima de tudo, com aquilo que Marques e Souza (2010), designam de tecnologia dura (equipamentos do tipo máquina). A produção de relações entre sujeitos (tecnologia leve) e os conhecimentos estruturados (tecnologia leve-dura) não são percecionados como tecnologia. No entanto, no contexto de prática em SU, a valorização do estabelecimento de relações e da necessidade de conhecimentos estruturados é tão ou mais importante que o conhecimento e a proficiência com o designado tecnologia dura.

Através da observação e dos conhecimentos adquiridos foi-me possível ao longo do EC identificar as necessidades imediatas da pessoa, por forma a otimizar a prestação de cuidados e assim o resultado esperado. Também, e apesar de ser uma experiência de contexto de prática nova para mim, o *know-how*, do percurso profissional por mim realizado em serviços muitos distintos, em que tive oportunidade de exercer, foi uma mais valia na partilha de experiências e conhecimentos com os vários elementos da equipa de enfermagem do SU, sobre diferentes temáticas, situações clínicas e abordagens realizadas, tendo contribuído também para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para Papp, Markkanen e von Bonsdorff (2003) o caminho que nos permite enquanto equipa adquirir, aprofundar e desenvolver competências e melhorar as práticas é a partilha de conhecimentos.

2.2. Cuidar da PSC em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

O EC em contexto de UCI decorreu no período compreendido entre 03 de dezembro de 2018 e 11 de fevereiro de 2019. O Serviço de Medicina Intensiva onde

tive oportunidade de realizar o EC subdivide-se em UCI⁴ e Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT), com uma capacidade de internamento de 22 pessoas, 10 em cuidados intensivos e 12 em cuidados intermédios. Pelo facto de ser um hospital construído recentemente o serviço reúne as condições de instalações e equipamentos definidas nas recomendações técnicas para a instalação de UCI (UIE/ACSS, 2013), como sejam: as boxes com divisórias laterais e com capacidade para tornar opaca a divisória frontal, garantindo assim a privacidade na prestação de cuidados, ou a existência de um lavatório em cada box.

No decurso do EC procurei desenvolver competências pessoais e profissionais, para atingir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018) no cuidar da pessoa, família/pessoa de referência a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mas também as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019), integrando a equipa multidisciplinar do serviço.

Tendo em consideração os objetivos definidos para este contexto e o desenvolvimento das competências pretendidas, turnos foram realizados maioritariamente na UCI, tendo apenas realizado um turno na UCINT.

No que concerne à organização do trabalho de enfermagem, a equipa é distribuída pelo chefe de equipa no início de cada turno pela UCI e UCINT, tendo em consideração não só o número de pessoas alvo de cuidados em cada uma delas e a carga de trabalho associada, mas também assegurar dois grupos que consigam conciliar as competências profissionais dos enfermeiros. Compete ao enfermeiro responsável pelo serviço a gestão dos seus recursos humanos, otimizando a sua eficácia, eficiência e produtividade, garantindo a dotação adequada de enfermeiros e não apenas a aplicação de rácios. A constituição das equipas de enfermagem em qualquer serviço deve ter em conta as competências profissionais dos elementos que as compõem, garantindo assim equipas equilibradas. Os horários de trabalho são elaborados em períodos de quatro semanas, podendo haver a necessidade de

⁴ UCI Nível III. Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Direção Geral da Saúde, 2003).

ajustes pontuais nas escalas e consequentemente na organização da equipa no início do turno, de forma a assegurar o equilíbrio entre as competências profissionais e as necessidades em cuidados.

A utilização de escalas para a mensuração da carga de trabalho de enfermagem e do índice de gravidade da pessoa alvo de cuidados podem ser indicadores a utilizar na constituição e distribuição das equipas de enfermagem. Na UCI é aplicado o instrumento TISS-28 uma vez nas 24 horas, mas o seu resultado não se vê traduzido na organização diária do trabalho de enfermagem, ou seja, os resultados obtidos na aplicação do instrumento num determinado dia, não é utilizado para a definição da equipa de enfermagem no dia subsequente. Apesar deste instrumento apresentar algumas limitações na mensuração da carga de trabalho de enfermagem (Perão, Bub, Rodríguez, & Zandonadi, 2014) a sua utilização isolada ou combinada permitem obter indicadores objetivos (Elias, Tiemi, Cardoso, & Grion, 2006) para um melhor planeamento do processo de gestão em enfermagem, nomeadamente na constituição de equipas e elaboração de horários de trabalho.

A observação e discussão com o enfermeiro orientador sobre rácios e dotações seguras em enfermagem, a análise crítica e reflexão, assim como a pesquisa de fontes de informação relevantes sobre o processo de gestão de recursos, permitiram-me desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados. A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos basilares para alcançar índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Dotações seguras em enfermagem correspondem às necessidades (qualitativas e quantitativas) em pessoal de enfermagem para prestar cuidados num contexto de prática específico, para responder a objetivos concretos, como: qualidade dos cuidados, segurança, carga de trabalho, nível de qualificação e experiência dos enfermeiros (Freitas & Parreira, 2013). Importa pois distinguir este conceito do conceito de rácio, pois, como nos diz Nunes (2011) este é estático e define-se exclusivamente por fatores estruturais como o número de camas ou a taxa de ocupação. A utilização de rácios em detrimento de dotações seguras torna-se redutor, não respondendo aos objetivos, pois considera que todos os enfermeiros podem ter o mesmo nível de competências, ignorando assim a complexidade

encontrada no contextos de prática de cuidados e a importância da existência de variedade de competências nas equipas de enfermagem (Wise, Fry, Duffield, Roche, & Buchanan, 2015).

O cuidar a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, exigem ao enfermeiro, face à complexidade e às respostas necessárias, que mobilize conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Em face desta premissa, a pesquisa e seleção de fontes de informação relevantes, e a revisão teórica de alguns conteúdos que suportam a prática de cuidados de enfermagem neste contexto, foram o primeiro passo dado para o desenvolvimento de competências. A implementação das atividades previamente delineadas para o conhecimento da estrutura física e da dinâmica do serviço, contribuíram significativamente na integração no serviço e na equipa multidisciplinar.

A realização de turnos nos períodos da manhã e da noite permitiu-me entender de forma mais efetiva a dinâmica entre equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, bem como a organização do trabalho em cada um dos períodos. O acompanhamento da pessoa alvo de cuidados a realização de exame complementar de diagnóstico, a receção na UCI proveniente do SU ou diretamente da rua acompanhada pela VMER, e ao assegurar a transferência da pessoa do BO para a UCI no pós-cirurgia, facilitaram o entendimento da articulação entre a UCI e os serviços, com os quais esta se articula mais frequentemente.

O desenvolvimento tecnológico decorrente da evolução científica e técnica, verificada nas últimas décadas tornaram o ambiente em cuidados intensivos altamente tecnológico. A tecnologia encontra-se presente na prática de cuidados do enfermeiro em todas as dimensões dos cuidados críticos, desde a avaliação, monitorização e tratamento à pessoa (Funk, 2011), favorece o atendimento imediato, o diagnóstico mais preciso, fornece maior segurança a toda a equipa multidisciplinar, contudo, pode contribuir para o processo de desumanização, tornando as relações

humanas frias e distantes (Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque, & Erdmann, 2006).

Este uso da tecnologia e a sua valorização, têm sido geradoras de debate sobre o equilíbrio da mesma com os outros aspetos do cuidar. Esta preocupação é mais significativa na prática em UCI, existindo a preocupação que estas possam desumanizar a pessoa alvo de cuidados (Price, 2013). Tendo presente as preocupações descritas, desenvolvi uma prática de cuidados suportada no cuidado centrado na pessoa. Esta é baseada no conhecimento e na experiência que cada pessoa traz para a situação de cuidado e que são necessárias para tomar decisões que melhor atendam ao bem-estar da pessoa alvo de cuidados (McCormack, 2003).

Dando seguimento ao desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no respeito pela individualidade da pessoa, pelas suas crenças e valores, as inquietações e reflexões foram estratégias utilizadas para manter o foco da minha prática na humanização dos cuidados de enfermagem, indo de encontro ao expresso no art.º 110 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aquando do capítulo da Deontologia profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Sendo que a garantia da privacidade protege a dignidade humana (Ozturk, Sayligil, Musmul, & Ergun Acar, 2018) esta, à semelhança do EC anterior, continuou a ser uma preocupação. Neste contexto de EC as características físicas de cada Box, permitem garantir condições de privacidade à pessoa. No planeamento dos cuidados ao longo do EC integrei esta preocupação, garantindo a privacidade ou a dignidade da pessoa aquando da prestação de cuidados, sensibilizando ao mesmo tempo os restantes profissionais, dentro das competências e limitações inerentes à minha posição no contexto, através da expressão verbal e do exemplo prático. Orientei a minha prática tendo presente a tomada de decisão com base em princípios éticos e no código deontológico.

No decurso do EC o contacto com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI) foi recorrente. Não sendo uma experiência nova para mim, apesar de noutro contexto, neste, proporcionou-me momentos de aprendizagem e de melhoria

na realização das intervenções de enfermagem à pessoa submetida a VMI. Sendo o foco a pessoa, a minha intervenção pautou-se por: vigilância e monitorização, execução do feixe de intervenções para prevenção da infeção associada à ventilação emanadas pela Direção Geral da Saúde (2017), mobilização da pessoa, adoção de estratégias de comunicação ajustadas à situação de cuidados e pela comunicação com a família.

A VMI impede a pessoa de comunicar oralmente, acrescentando à mesma mais um fator que aumenta a sua vulnerabilidade (Martinho & Rodrigues, 2016). Sendo um fator essencial no estabelecimento da relação terapêutica, a comunicação com a pessoa submetida a VMI torna-se um desafio em qualquer situação de cuidados. Neste sentido, estas situações apresentaram-se como momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências, onde os gestos e as tentativas de leitura dos lábios foram recursos a utilizar. Sentindo necessidade de reforçar conceitos nesta componente, recorri também à pesquisa de algumas fontes de informação sobre a temática. A comunicação com a pessoa submetida a VMI é também relatada por esta como muito difícil (Martinho & Rodrigues, 2016), sendo que a utilização de estratégias alternativas pode melhorar a comunicação enfermeiro-pessoa, pelo que a implementação do treino de habilidades comunicacionais deve ser incentivada e fazer mesmo parte da formação dos enfermeiros que prestam cuidados em UCI (Dithole, Thupayagale-Tshweneagae, Akpor, & Moleki, 2017). A implementação deste treino de competências comunicacionais, é tanto ou mais importante, quando verificamos que o défice de decodificação de mensagens na comunicação não-verbal pelos profissionais é um entrave à comunicação (Sismeiro, Barbosa, Vieira, & Crespo, 2015). O recurso a novas tecnologias de comunicação e informação, aproveitando o desenvolvimento tecnológico atual, podem e devem ser recursos a implementar na comunicação com a pessoa submetida a VMI, reduzindo a carga de vulnerabilidade associada à incapacidade de comunicação verbal. A utilização de *softwares* e *hardwares* simples mas específicos, através de utilização de dispositivos móveis (smartphones, tablets), que permitam mais do que o simples gesto de “abandar a cabeça” ou “levantar a mão”, para confirmar a resposta a uma pergunta simples, possibilitando uma comunicação eficaz, podem ser pequenos passos a desenvolver na melhoria dos cuidados prestados neste contexto.

As situações de lesão renal aguda ou crónica, de pessoas alvo de cuidados ao longo deste período, e que requereram o tratamento com técnicas de substituição da função renal foram uma constante. No meu percurso profissional trabalhei vários anos com técnicas intermitentes de substituição da função renal, em pessoas com insuficiência renal crónica. A prestação de cuidados neste contexto em que a maioria das situações envolvem a lesão renal aguda, e muitas vezes a técnica de eleição é a técnica contínua, criava alguma apreensão e expectativas quanto às diferenças entre as técnicas intermitentes e contínuas, para a minha prática de cuidados.

Com o decurso do EC percebi que a minha experiência profissional se tornou uma mais valia na prestação de cuidados à pessoa com lesão renal, discutindo aspetos relacionados com as intervenções de enfermagem, com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa, e contribuindo também para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A tecnologia é um meio para um fim, envolve a atividade humana, e por mais que esta evolua, por exemplo através do aparecimento de novos equipamentos, os princípios associados à técnica são os mesmos, e a pessoa é sempre o centro do cuidado.

A prestação de cuidados com recurso à tecnologia, no que concerne a tecnologia dura, como instrumento do cuidar é uma inevitabilidade constante neste contexto. Ao longo do EC desenvolvi esta competência de forma progressiva e contínua, integrando na análise e tomada de decisão os dados objetivos e subjetivos, assegurando sempre o foco dos cuidados na pessoa.

No EC prestei cuidados à PSC com instabilidade hemodinâmica, realizando a avaliação, monitorização, vigilância e colaborando na execução de procedimentos invasivos, como a colocação de linha arterial, cateteres venosos centrais e cateteres de hemodiálise. A execução destas intervenções permitiram-me o desenvolvimento de competências na melhoria da qualidade, criando e assegurando um ambiente terapêutico seguro, otimizando a gestão dos cuidados e a articulação com a articulação com a equipa multidisciplinar.

Também as situações de cuidados que envolveram a reanimação cardiorrespiratória, em que tive a oportunidade de participar, tornaram-se momentos de desenvolvimento de competências quer pela prática quer pela reflexão à posteriori. O desenvolvimento de competências no decurso do EC anterior e os conhecimentos adquiridos através da experiência profissional e das formações realizadas, nomeadamente o curso SAV, permitiram-me ser um elemento ativo na equipa de reanimação. Neste contexto foi-me possível discutir com o enfermeiro orientador e outros elementos da equipa de enfermagem, questões do domínio ético-deontológicas relacionadas com a tomada de decisão (quando interromper? porque interromper? porque se iniciou manobras?), que me permitem o suporte para a tomada de decisão futura.

A preocupação com a gestão da dor na pessoa alvo de cuidados constituiu um foco de atenção ao longo do EC. O fato de muitas das pessoas alvo de cuidados se encontrarem sedadas e inconscientes sob VMI, a sua avaliação, registo e intervenção, requerem do enfermeiro um contato com escalas de avaliação, as quais não tive convivência na minha experiência anterior. Neste contexto a escala utilizada para avaliação da dor é a Behavioural Pain Scale (BPS), a qual reúne um maior consenso para ser utilizada na prática clínica (Morete, Mofatto, Pereira, Silva, & Odierna, 2014), e se revelou eficaz na antecipação de situações de dor.

A prática em cuidados críticos exige ainda aos enfermeiros a mobilização de conhecimentos, na implementação de outras escalas que se tornam instrumentos fundamentais no planeamento de cuidados e na antecipação das intervenções a implementar. Neste sentido foi-me possível tomar contato e aplicar diferentes escalas, das quais destaco: escala de sedação de Ramsay, escala de MUST para avaliação do risco nutricional, escala de quedas de Morse, escala de Braden para antecipação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, e o índice de Barthel para avaliar o grau de dependência em dez atividades de vida diária. A aplicação destes instrumentos permite ao enfermeiro validar as intervenções planeadas e executadas, manter, reajustar ou definir novas intervenções com base em dados objetivos e mensuráveis, reforçando o plano de cuidados como um elemento essencial na individualização e melhoria continua dos cuidados prestados.

Sendo um contexto de prática com particularidades específicas na prestação de cuidados à pessoa, o ambiente é caracterizado por uma constante expectativa de situações de emergência, com a pessoa sujeita a mudanças súbitas no seu estado geral. Este ambiente de cuidados propicia à família uma panóplia de sentimentos, muitos deles associados ao estigma cultural relacionado com o internamento e à questão da morte (Urizzi et al., 2008).

Ao longo do EC senti que existem alguns constrangimentos na prestação de cuidados à família, a maioria relacionados com a compatibilização de horários de visitas de modo a integrá-la no planeamento de cuidados. A constatação do quão difícil pode ser a integração da família no planeamento de cuidados em contexto de UCI, que para além das particularidades associadas a cada profissional de saúde (com conceitos diversos sobre a integração da família no plano de cuidados), do curto tempo médio de internamento por pessoa, da rotatividade das equipas de enfermagem (o que torna o tempo de contato com a família reduzido muitas vezes a um ou nenhum turno), a existência de normas com horários de visita pré-estabelecidos pelas instituições, são aspetos não facilitadores.

Neste seguimento senti necessidade de efetuar uma pesquisa e posterior reflexão como complemento do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à família/pessoa de referência, que se traduziu na realização de um jornal de aprendizagem com a temática “UCI de portas abertas à família: realidade ou utopia?”. O conceito de UCI de portas abertas à família, é percecionado por mim como a flexibilização do horário de visitas que permita a efetiva inclusão da família na prestação de cuidados.

Pela minha experiência pessoal e profissional, e nos contextos de prática que conheço, poderia descrever como uma utopia a UCI de portas abertas à família. A mudança de paradigma é possível e pode ser uma realidade num futuro próximo. A satisfação da pessoa e família é um tema atual nos cuidados de saúde e para Holanda Peña et al. (2017) a satisfação na UCI tornou-se um problema muito importante na última década, considerando que as pessoas alvo de cuidados e família constituem o centro da atenção e tratamento em contexto de cuidados críticos. A prática clínica centrada no cuidado ao cliente e família pode ser

gratificante em cuidados intensivos e é uma marca de excelência (Clark & Guzzetta, 2017).

A manutenção de horários de visita restritivos pode estar associado a diferentes fatores tal como sejam o hábito ou a falta de reflexão sobre as suas desvantagens (Heras, Calle, Martin, Nin, & Nin, 2017), assim, esta temática deve merecer a reflexão crítica de todos os profissionais e das próprias instituições, tendo em vista a mudança de paradigma, indo de encontro às necessidades das próprias famílias, possibilitando o conjugar as visitas com as suas obrigações pessoais e profissionais.

Entendo que a flexibilização do horário de visitas, a inclusão do mesmo no plano de cuidados é garante da melhoria dos cuidados prestados e da satisfação de todos os elementos que compõem o triângulo terapêutico.

No domínio das competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018), a minha intervenção pautou-se pela continuidade no desenvolvimento de competências, mobilizando conhecimentos prévios e adquiridos ao longo do percurso profissional e do EC anterior, pela integração das recomendações do PPCIRA, e pela consulta e adequação na prática das regras e recomendações da instituição. O recurso à plataforma on-line da instituição, onde existe uma área específica de controlo de infeção para estagiários, de consulta obrigatória, e que permite a consulta de guia de boas práticas em controlo de infeção e de manuais de procedimentos, é um recurso que se revelou de extrema importância. Um dos aspetos que destaco ao longo do EC foi a necessidade de incorporar na prática o EPI adequado a cada uma das situações de cuidados.

Esta prática assumiu maior relevância nas situações identificadas com procedimentos de isolamento. Assim, e partindo do princípio subjacente às precauções básicas de controlo de infeção, de que *não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco* (Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro atualizada a 31 outubro de 2013, 2013), como estratégias recorri: à preparação prévia do material

identificado como necessário, e que não conste da carga prévia da box, para os procedimentos a realizar dentro da mesma (sistemas de soros, pensos para cateter, tubos de colheita, compressas); à dinâmica e articulação com outros elementos da equipa (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais); e ao planeamento e preparação prévia de todo o material necessário para a realização de determinados procedimentos específicos (cateterismo vesical, colocação linha arterial, entubação nasogástrica). Deste modo foi possível respeitar procedimentos, normas e circuitos essenciais no controlo e prevenção da infeção.

Ao longo do percurso de EC foi possível atestar as inúmeras vantagens relacionadas com a utilização de sistemas de informação, no garante da qualidade dos cuidados prestados em cuidados críticos. Destaco, a monitorização contínua da pessoa alvo de cuidados e o registo dos dados automaticamente no sistema de informação. A tecnologia proporciona nestas situações ganhos em tempo, para a prestação de outros cuidados, e ganhos em termos de segurança, muitos deles relacionados com a precisão de registos e pelo continuum de indicadores de vigilância, que permitem aos enfermeiros a antecipação de focos de instabilidade hemodinâmica.

Como uma experiência de contexto de prática nova para mim, o *know-how*, do percurso profissional realizado em serviços muito distintos, em que tive oportunidade de exercer e das aprendizagens no contexto de EC anterior, foram uma mais valia na partilha de experiências e conhecimentos com os elementos da equipa de enfermagem da UCI, sobre diferentes temáticas, situações clínicas e abordagens realizadas, tendo contribuído também para a melhoria da qualidade dos cuidados, e para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para Papp, Markkanen e von Bonsdorff (2003) o caminho que nos permite enquanto equipa adquirir, aprofundar e desenvolver competências e melhorar as práticas é a partilha de conhecimentos.

O ambiente de prática em cuidados intensivos é dominado pela tecnologia nas suas diferentes expressões. Entendendo a tecnologia não apenas como o próprio equipamento, incluindo o conhecimento de como usá-la e a capacidade de

convertê-la em cuidados de enfermagem (Tunlind, Granstrom, & Engstrom, 2015), é importante que os enfermeiros a utilizem em benefício da pessoa alvo de cuidados (Locsin, 2013). Findo este período de EC entendo que desenvolvi a competência tecnológica, que o foco dos cuidados de enfermagem deve ser sempre a pessoa e a competência tecnológica uma qualidade desejável na prestação de cuidados centrados na pessoa. Esta ideia é reforçada por Locsin (2005) quando nos diz que a competência tecnológica é geralmente reconhecida pelos enfermeiros que prestam cuidados em ambientes tecnológicos, como um atributo desejável, não como substituta do cuidado, mas como um aspecto importante do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório expõe de modo crítico e reflexivo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, realizado ao longo do 8.º MEPSC, tendo como referência os objetivos definidos para o mestrado (ESEL, 2010), o preconizado nos descritores de Dublin para o segundo ciclo de estudos (ANQEP & DGES, 2013), o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º140/2019, 2019), bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A escolha da temática que serviu de guia orientador para o percurso de desenvolvimento de competências e para a elaboração deste relatório, “Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: tecnologia e humanização dos cuidados”, foi um dos momentos mais importantes deste percurso até à data. Os questionamentos, as dúvidas, as interrogações e a análise, proporcionaram-me fazer um ponto de situação da minha posição enquanto Enfermeiro face à Enfermagem. Após a definição da temática, o percurso foi pautado pela procura de informação e conhecimento sobre a mesma, o que nem sempre foi efetuado com sucesso. A informação, o conhecimento e os estudos publicados sobre a mesma em Portugal praticamente não existem, e a nível internacional também não abundam. Contudo, a pesquisa efetuada permitiu-me encontrar artigos e literatura sobre a temática, o que me possibilitou o desenvolvimento do conhecimento teórico e o desenvolvimento do pensamento reflexivo sobre a prática de cuidados à PSC em contextos altamente tecnológicos, criando as bases para a definição dos percursos de estágio, em SU e UCI, os quais me permitiram prestar cuidados de enfermagem em segurança e de qualidade à pessoa enquanto pessoa, independentemente do contexto.

Os contextos escolhidos para a realização do estágio revelaram-se muito enriquecedores, permitindo-me mobilizar os conhecimentos teóricos adquiridos, com os conhecimentos provenientes da minha experiência profissional, proporcionando-me crescimento pessoal e profissional.

O contexto de prática em SU foi uma experiência nova para mim, e nesse sentido a adaptação às funções do enfermeiro nos diferentes sectores de atuação onde tive a oportunidade de prestar cuidados, foi realizada de forma sustentada e progressiva. A prática clínica em contexto de UCI, veio dar continuidade às aprendizagens do EC anterior, no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Ao longo dos EC desenvolvi competências inerentes ao enfermeiro especialista e ao enfermeiro especialista em enfermagem à PSC, onde destaco os domínios: da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, tendo-me sido possível a prestação de cuidados à pessoa com necessidade de cuidados emergentes, assegurando as condições de segurança e a continuidade de cuidados; da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, onde a minha intervenção se pautou por mobilizar conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional; e da responsabilidade profissional, ética e legal, no respeito pela individualidade da pessoa, pelas suas crenças e valores, onde, as inquietações e reflexões foram estratégias utilizadas para manter o foco da minha prática na humanização dos cuidados de enfermagem, indo de encontro ao expresso no art.º 110 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aquando do capítulo da Deontologia profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tendo por base a temática escolhida como fio condutor do desenvolvimento de competências neste percurso, pode-se afirmar que a prestação de cuidados com recurso à tecnologia, como instrumento do cuidar é uma inevitabilidade constante nestes contextos. Ao longo dos EC desenvolvi esta competência de forma progressiva e contínua, integrando na análise e tomada de decisão os dados objetivos e subjetivos, assegurando sempre o foco dos cuidados na pessoa. Findo este período entendo que o foco dos cuidados de enfermagem deve ser sempre a pessoa e a competência tecnológica uma qualidade desejável na prestação de cuidados centrados na pessoa.

Terminado este período, não posso deixar de referir, como limitações, as dificuldades sentidas quanto à gestão do tempo e à capacidade de auto motivação, para levar este difícil percurso até este ponto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ääri, R. L., Tarja, S., & Helena, L. K. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 78–89.

Doi: 10.1016/j.iccn.2007.11.006.

Almerud, S. (2008). The meaning of technology in intensive care. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing*, 6(3), 39–43. Acedido em 08-01-2018. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105572668&site=ehost-live>

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008a). Beleaguered by technology: Care in technologically intense environments: Original article. *Nursing Philosophy*, 9(1), 55–61.

Doi: 10.1111/j.1466-769X.2007.00332.x.

Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B., & Ekebergh, M. (2008b). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 130–136.

Doi: 10.1016/j.iccn.2007.08.003.

Alves, M., Ramos, F. R. S., & Penna, C. M. de M. (2005). O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 323–331.

Doi: 10.1590/s0104-07072005000300002.

American College of Surgeons. (2012). *ATLS-Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual* (9th ed.; A. C. of Surgeons, Ed.). Chicago.

Aragó, S. S. (2016). *Nursing and patients' privacy in Emergency Services from Sector III of Zaragoza*. 14(86).

Baraúna, T. (s. d.). *Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar*. Bahía. Acedido em 17-07-2018. Disponível em:
<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>

Barra, D. C. C., Justina, A. D., Bernardes, J. F., Vespoli, F., Rebouças, U., & Cadete, M. M. M. (2005). Humanization Process and Technology for Patients in an Intensive Care Unit. *REME - Rev. Min. Enf*; 9(3); 9(4), 9(3), 344–350.
Doi: S1415-27622005000400009.

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (Second Edi). New York: Springer Publishing Company. Acedido em 21-07-2018. Disponível em:
<https://the-eye.eu/public/Books/Medical/texts/Clinical%20Wisdom%20and%20Interventions%20in%20Acute%2C%20Critical%20Care%202nd%20ed%20%20P.%20Benner%2C%20et%20al.%2C%20%28Springer%20Publ.%2C%202011%29%20WW.pdf>

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2013). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. NLN publications, (15–2549). Acedido em 11-04-2018. Disponível em:
http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-pdf.pdf?session_id=ae357e110882b13e048f15cd96e8f4beec1ebd79

Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2015). Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 467–474.
Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>.

- Cipriano, P. F., & Hamer, S. (2014). Nursing, Technology, and Information Systems. *American Nurse Today*, 8(11), SR2-SR4. Acedido em 15-12-2017. Disponível em:
<http://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2014/07/ant11-Technology-1107.pdf>
- Clark, A. P., & Guzzetta, C. E. (2017). A paradigm shift for patient/family-centered care in intensive care units: Bring in the family. *Critical Care Nurse*, 37(2), 96–99.
Doi: 10.4037/ccn201714.
- Coelho, M. T., & Sequeira, C. (2014). Comunicação Terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(11), 31–38. Acedido em 21-06-2018. Disponível em:
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (4.^a Edição). Lisboa: LIDEL.
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A., & Pereira, M. de F. C. R. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 41–50.
Doi: 10.12707/RIII1392.
- Direção Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos – recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento. Acedido em 30-11-2018. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 20-10-2018. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n->

Dithole, K. S., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A., & Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC Nursing*, 16(1), 74.

Doi: 10.1186/s12912-017-0268-5

Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), 353–362.

Doi: 10.1177/0969733010361442.

Fernandes, M. J. C., & Silva, A. L. da. (1981). Os Significados Do Cuidado De Enfermagem À Família Em Uma Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem, UFPE On Line*, 10(6).

Doi: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201601.

Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (no 10), 171–178.

Doi: 10.12707/RIII12125.

Friedman, T. (2017). *Thank You for Being Late: An optimist's guide to thriving in the age of accelerations*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Funk, M. (2011). As health care technology advances: Benefits and risks. *American Journal of Critical Care*, 20(4), 285–291.

Doi: 10.4037/ajcc2011810.

Granados-Pemberty, Y., & Arias-Valencia, M. (2013). Being in front of the patient nurse-patient interaction and use of technology in emergency services. *Investigación y educación en enfermería*, 31(3), 421–432. Acedido em 07-07-2018. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4630704>

Henneman, E. A. (2009). Patient safety and technology. *AACN Advanced Critical Care*, 20(2), 128–132.

Doi: 10.1097/NCI.0b013e3181a0b468.

Heras, G., Calle, L., Martin, M. C., Nin, N., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos, 29(1), 9–13.

Doi: 10.5935/0103-507X.20170003.

Hesbeen, W. (2000). *CUIDAR NO HOSPITAL: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: LUSOCIÊNCIA.

Holanda Peña, M. S., Marina Talledo, N., Ots Ruiz, E., Lanza Gómez, J. M., Ruiz Ruiz, A., García Miguelez, A., ... Llorca Díaz, J. (2017). Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 41(2), 78–85.

Doi: 10.1016/j.medine.2016.06.004.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de Exceção - Manual TAS*. Lisboa: INEM.

Jeleč, K., Sukalić, S., & Friganović, A. (2016). Nursing and implementation of modern technology. *Signa Vitae*, 12(1), 23–27.

Doi: 10.22514/SV121.102016.3.

Kean, S., & Mitchell, M. (2013). How do intensive care nurses perceive families in intensive care ? Insights from the United Kingdom and Australia, 44(0), 663–672.

Doi: 10.1111/jocn.12195.

Kotz, M., Frizon, G., Silva, O. M., Silva, D. A., Toniollo, C. L., & Ascari, R. A. (2014). Tecnologias , Humanização E O Cuidado De Enfermagem Na Unidade De Terapia Intensiva : Uma Revisão Bibliográfica Technology , Humanization and Nursing Care in the Intensive Care Unit. *Revista UNINGÁ Review*, 18(3), 50–55

Kremsdorf, R. (2003). Using innovation technology to enhance patient care delivery. *Nursing Outlook*, 51(3).

Doi: 10.1016/S0029-6554(03)00099-X.

Lakanmaa, R. L., Suominen, T., Perttilä, J., Puukka, P., & Leino-Kilpi, H. (2012). Competence requirements in intensive and critical care nursing - Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(6), 329–336.

Doi: 10.1016/j.iccn.2012.03.002.

Locsin, R. C. (1995). Machine Technologies and Caring in Nursing. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203.

Doi: 10.1111/j.1547-5069.1995.tb00859.x.

Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6. Acedido em 15-12-2017. Disponível em:

<http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.7 No.1/001.pdf>

Locsin, R. C. (2017). The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal Of Medical Investigation: JMI*, 64(1.2), 160–164.

Doi: 10.2152/jmi.64.160.

Marques, I. R., & Souza, A. R. de. (2010). Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 141–144.

Doi: 10.1590/S0034-71672010000100024.

Marsh, S. (2009). The Evolution of Critical Care Outreach. St. Jame`s University Hospital, Leeds. Acedido em 04-03-2018. Disponível em:

https://www.aagbi.org/sites/default/files/MARSH_anaes_history_prize_website_version.pdf

Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2), 132–140.

Doi: 10.5935/0103-507X.20160027.

Martins, C. R., & Sasso, G. T. M. D. (2008). Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem, 17(1), 11–2. Acedido em 17-12-2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf>

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 202–209.

Doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.

Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.

Mendes, A. P. (2016). *SENSIBILIDADE DOS PROFISSIONAIS FACE À NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO: EXPERIÊNCIA VIVIDA PELA FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS*. 25(1), 1–9.

Doi: 10.1590/0104-07072016004470014.

Mendes, R. N. C., Carmo, A. de F. S., Haddad, M. do C. L., & Rossaneis, M. Â. (2014). Percepções de Enfermeiros Sobre o Uso de Equipamentos em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem*, 8(7), 1904–1912.

Doi: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201411.

Morete, M. C., Mofatto, S. C., Pereira, C. A., Silva, A. P., & Odierna, M. T. (2014). Translation and cultural adaptation of the Brazilian Portuguese version of the behavioral pain scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4), 373–378.

Doi: 10.5935/0103-507X.20140057.

Moura, M. E. B., Brito, J. N. P. O., Sousa, C. M. M., & Ramos, C. . (2014). A Estratégia Saúde Da Família E As Tecnologias Em Saúde: Análise Reflexiva, 8(7), 2155–2160.

Doi: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201442.

Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro atualizada a 31 outubro de 2013. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção. *Direção-Geral de Saúde*, 1–26

Nunes, L. (2011). Evocando o Cachimbo de Magritte: das Dotações, Políticas de Pessoal e Discursos de Acessibilidade. *Salutis Scientia*, 3(November 2011), 2–8. Acedido em 12-11-2017. Disponível em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15265/1/Evocando_cachimbo_de_Magritte.pdf

O'Keefe-McCarthy, S. (2009). Technologically-mediated nursing care: The impact on moral agency. *Nursing Ethics*, 16(6), 786–796.

Doi: 10.1177/0969733009343249.

Oliveira, E. B. de, & Souza, N. V. M. de. (2012). Stress and Technological Innovation in a Cardiac Intensive:Hard Technology. *Rev. Enferm.*, 20(4), 457–462

Olsen, J. C., & Sabin, B. R. (2003). Emergency Department patient perceptions of privacy and confidentiality. *Journal of Emergency Medicine*, 25(3), 329–333.

Doi: 10.1016/S0736-4679(03)00216-6.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Divulgar, 19. Acedido em 28-12-2017. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar_-_padroes_de_qualidade_dos_cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série I. Número I, 55.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Acedido em 19-02-2018. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Médicos. (2009). Normas de Boa Prática em Trauma. Acedido em 04-04-2018. Disponível em:

http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf

Ozturk, H., Sayligil, O., Musmul, A., & Ergun Acar, N. (2018). The Perception of Privacy in the Emergency Department: Medical Faculty Hospital As a Case in PointAcilServisteMahremiyet Algisi: TipFakültesiHastanesiÖrneği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 26–33.

Doi: 10.18521/ktd.356832.

Papp, I., Markkanen, M., & von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), 262–268.

Doi: 10.1016/S0260-6917(02)00185-5.

Pereira, C. D. F. D., Pinto, D. P. de S. R., Tourinho, F. S. V., & Santos, V. E. P. (2013). Tecnologias em Enfermagem e o impacto na prática assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde*, 29–37.

Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318.

Doi: 10.1590/S0034-71672008000300006.

Price, A. M. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: an ethnographic study. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 278–288.

Doi: 10.1111/nicc.12032.

Regulamento n.º429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioper. *Diário Da Republica*, 2.^a Série, N.º 135 (16-07-2018), 19359–19370.

Regulamento n.º140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República* 2.^a Série, N.º 26 (06-02-2019), 34968–34973

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário Da República*, 2.^a Série (N.º 184 de 25-09-2019), 128–155.

Rodriguez, C. S., Rowe, M., Thomas, L., Shuster, J., Koeppel, B., & Cairns, P. (2016). Enhancing the Communication of Suddenly Speechless Critical Care Patients. *American Journal of Critical Care*, 25(3), e40–e47.

Doi: 10.4037/ajcc2016217.

Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Acedido em 12-02-2018. Disponível em:

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Santos, G. R. da S. dos, Campos, J. F., & Silva, R. C. da. (2018). Handoff communication in intensive care: links with patient safety. *Escola Anna Nery*, 22(2), 1–12.

Doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0268.

Schrivver, J. a, Talmadge, R., Chuong, R., & Hedges, J. R. (2003). Emergency nursing: historical, current, and future roles. *Academic emergency medicine*:

official journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 10, 798–804.

Doi: 10.1067/men.2003.147.

Silva, R. C. da, & Ferreira, M. D. A. (2013). Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(6), 1325–1332.

Doi: 10.1590/S0080-623420130000600011.

Silva, R. C. L., & Louro, T. Q. (2010). The incorporation of the hard technologies in the care of nursing in intensive therapy and the development of the speech of the humanization. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4(3), 1557–1564.

Doi: 10.5205/reuol.1070-8483-2-LE.0403201030.

Silva, L. A., & Santos, J. N. (2012). CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO TRABALHO E DA GESTÃO DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NA SAÚDE. *Revista de Ciências Da Administração*, 14(34), 155–168.

Doi: 10.5007/2175-8077.2012v14n34p155.

Sismeiro, A., Barbosa, E., Vieira, L., & Crespo, R. (2015). *Comunicação do doente impossibilitado de falar na UCI - revisão bibliográfica*. (February), 0–14.

Doi:10.13140/RG.2.1.2629.8640

Souza, A. C. C. de, Muniz Filha, M. J. M., Silva, L. de F. da, Monteiro, A. R. M., & Fialho, A. V. M. (2006). Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 805–807.

Doi: 10.1590/S0034-71672006000600016.

SPCI, & OM. (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. (C. E. L. da O. dos Médicos, Ed.). Acedido em 22-07-2018. Disponível em:

https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

- Tamchès, E., Buclin, T., Hugli, O., Decosterd, I., Blanc, C., Mouhsine, E., ... Yersin, B. (2007). Acute pain in adults admitted to the emergency room: Development and implementation of abbreviated guidelines. *Swiss Medical Weekly*, 137(15–16), 223–227.
Doi: 2007/15/smw-11663
- Tunlind, A., Granstrom, J., & Engstrom, A. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123.
Doi: 10.1016/j.iccn.2014.07.005.
- UIE/ACSS (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: ACSS. Acedido em 04-12-2018. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(4), 370–375.
Doi: 10.1590/S0103-507X2008000400009.
- Vieira, C. A., & Maia, L. F. dos S. (2013). Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. *Revista Recien*, 17–23. Acedido em 09-04-2018. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/download/58/113>
- Wise, S., Fry, M., Duffield, C., Roche, M., & Buchanan, J. (2015). Ratios and nurse staffing: The vexed case of emergency departments. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(1), 49–55.
Doi: 10.1016/j.aenj.2014.08.001

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3.º Semestre do 8.º CMEEPSC

8.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE

| ANOS | 2018 | | | | | | | | | | | | | 2019 | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|---------|----|----|----|----|----------|---|----|----|----|----------|----|--------------|---------|---|----|----|----|----|-----------|---|----|----|----|-------|
| MESES | SETEMBRO | OUTUBRO | | | | | NOVEMBRO | | | | | DEZEMBRO | | | JANEIRO | | | | | | FEVEREIRO | | | | | MARÇO |
| SEMANAS/DIAS | 24 | 1 | 8 | 15 | 21 | 29 | | 5 | 12 | 19 | 26 | 3 | 10 | 17 | | 3 | 7 | 14 | 21 | 28 | | 4 | 11 | 18 | 25 | |
| | 28 | 4 | 12 | 19 | 26 | | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 | 7 | 14 | | 2 | 4 | 11 | 18 | 25 | | 1 | 8 | 15 | 22 | | 1 |
| Abertura do 3º Semestre na ESEL | | | | | | | | | | | | | | FÉRIAS NATAL | | | | | | | | | | | | |
| Estágio SU * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estágio UCI ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Relatório de Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apresentação do Relatório de Estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* - Estágio no Serviço de Urgência do Hospital São José

** - Estágio na UCI do Hospital Beatriz Ângelo

Apêndice II - Objetivos Específicos e Atividades para Estágio em contexto de
SU

| Objetivo Geral | | |
|--|--|---|
| Desenvolver competências especializadas de enfermagem, com recurso à tecnologia como instrumento do cuidar à pessoa em situação crítica. | | |
| Objetivos Específicos | | Atividades a Desenvolver |
| 1 | Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional do SU. | Realizar visita guiada ao SU. |
| | | Identificar a estrutura física do SU. |
| | | Consultar normas e protocolos do SU. |
| | | Identificar o percurso da pessoa alvo de cuidados, desde a admissão no SU, até ao momento da alta, transferência intra-hospitalar ou transferência inter-hospitalar. |
| 2 | Prestar cuidados de enfermagem à pessoa, com recurso à tecnologia, em contexto de SU. | Pesquisar e selecionar fontes de informação relevantes para o desenvolvimento de competências. |
| | | Observar a dinâmica dos enfermeiros peritos na sala de emergência. |
| | | Prestar cuidados de enfermagem com recurso a tecnologia leve (produção de relações entre sujeitos), leve-dura (saberes estruturados) e dura (equipamentos do tipo “máquina”), antecipando focos de instabilidade hemodinâmica. |
| | | Tomada de decisão tendo em conta os princípios éticos e o código deontológico. |
| | | Promover a prevenção da infeção na prestação de cuidados: - Utilização de equipamento de proteção individual; - Cumprir as orientações de boa prática para a higiene das mãos; - Cumprir as normas e orientações institucionais na realização de procedimentos de enfermagem (exemplos: cateterismo vesical, cateterização venosa periférica). |
| 3 | Prestar cuidados de enfermagem à família/pessoa significativa da pessoa alvo de cuidados em contexto SU. | Identificar na família/pessoa significativa da pessoa alvo de cuidados, focos de vulnerabilidade face à complexidade da situação vivenciada. |
| | | Aprofundar estratégias que permitam tornar eficazes os processos de comunicação. |
| 4 | Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família. | Prestar cuidados de enfermagem incluindo a família como parceiro de cuidados. |
| | | Colaborar em projetos institucionais em curso, caso existam, e considerados pertinentes para o desenvolvimento de competências. |
| | | Partilha de conhecimentos sobre a temática em estudo. |
| 5 | Refletir sobre a minha prática profissional em contexto de SU. | Elaboração de jornal de aprendizagem. |
| | | Elaboração de relatório parcelar. |

Apêndice III - Objetivos Específicos e Atividades para Estágio em contexto de
UCI

| Objetivo Geral | | |
|--|---|--|
| Desenvolver competências especializadas de enfermagem, com recurso à tecnologia como instrumento do cuidar à pessoa em situação crítica. | | |
| Objetivos Específicos | | Atividades a Desenvolver |
| 1 | Conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional da UCI. | Realizar visita guiada à UCI. |
| | | Identificar a estrutura física da UCI. |
| | | Consultar normas e protocolos da UCI. |
| | | Observar a dinâmica de funcionamento da equipa de enfermagem. |
| | | Observar a articulação entre os diferentes intervenientes na equipa interdisciplinar. |
| 2 | Prestar cuidados de enfermagem à pessoa, com recurso à tecnologia, em contexto de UCI. | Pesquisar e selecionar fontes de informação relevantes para o desenvolvimento de competências. |
| | | Observar a dinâmica do enfermeiro perito no cuidar à pessoa em situação de instabilidade hemodinâmica. |
| | | Prestar cuidados de enfermagem com recurso a tecnologia leve (produção de relações entre sujeitos), leve-dura (saberes estruturados) e dura (equipamentos do tipo “máquina”), antecipando focos de instabilidade hemodinâmica. |
| | | Tomada de decisão tendo em conta os princípios éticos e o código deontológico. |
| | | Promover a prevenção da infeção na prestação de cuidados: - Cumprir as recomendações constantes no “Guia de boas práticas em controlo de infeção”, do HBA: recomendações gerais, higienização das mãos, procedimentos de isolamento, acesso a áreas restritas, realização de procedimentos invasivos. |
| | | Aprofundar estratégias que permitam tornar eficazes os processos de comunicação com a pessoa submetida a VMI. |
| 3 | Prestar cuidados de enfermagem à família/pessoa significativa da pessoa alvo de cuidados em contexto UCI. | Identificar na família/pessoa significativa da pessoa alvo de cuidados, focos de vulnerabilidade face à complexidade da situação vivenciada. |
| | | Aprofundar estratégias que permitam tornar eficazes os processos de comunicação. |
| 4 | Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família. | Prestar cuidados de enfermagem incluindo a família como parceiro de cuidados. |
| | | Colaborar em projetos institucionais em curso, caso existam, e considerados pertinentes para o desenvolvimento de competências. |
| | | Partilha de conhecimentos sobre a temática em estudo. |
| 5 | Refletir sobre a minha prática profissional em contexto de UCI. | Elaboração de jornal de aprendizagem. |
| | | Elaboração de estudo de caso. |
| | | Elaboração de relatório parcelar. |